Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Rapport annuel de gestion 2009 • 2010

Accompagnement • Services ambulanciers • Services sociaux • Services

Engagement • Cliniques • Accessibilité • Soins • Santé physique • Intermédiaires

Santé • Professionnalisme

Écoute • Premières

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Rapport annuel de gestion 2009 • 2010

Québec

Agence de la santé et de. ervices sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon, bureau 115
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : 418 724-5231
Télécopieur : 418 723-1597
www.agencesssbsl.gouv.qc.ca

Adopté par le conseil d'administration
Le 29 septembre 2010

Production
Direction des affaires institutionnelles, juridiques et des communications

Édition
© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010
ISBN : 978-2-923362-42-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-923362-43-4 (version PDF)

Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.

Table des matières

Sigles et acronymes 5

Message du président-directeur général et du président du conseil d'administration 7

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents 9

Chapitre 1 : Présentation de la région et des réseaux locaux de services

1.1 Territoire et population 11
1.2 Bilan de santé et déterminants 12
1.3 Réseaux locaux de services 13

Chapitre 2 : Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

2.1 Mission, rôle et responsabilités 21
2.2 Plan d'organisation, effectifs et organigramme 23
2.3 Conseil d'administration 25
2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services 26
2.5 Comité de vigilance et de la qualité 27
2.6 Forum de la population 28
2.7 Comité de vérification 30
2.8 Département régional de médecine générale – Comité de direction 31
2.9 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 33
2.10 Comité régional sur les services pharmaceutiques 34
2.11 Commission infirmière régionale 35
2.12 Commission multidisciplinaire régionale 36
2.13 Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes 36
2.14 Comité régional d'accès aux services en langue anglaise 37

Chapitre 3 : Faits saillants de l'année et suivi de l'entente de gestion

3.1 Bilan général de l'entente de gestion 39
3.2 Lutte à la pandémie de grippe A(H1N1) 40
3.3 Programme de santé publique 46
3.4 Services généraux 49
3.5 Programme de santé physique 51
3.6 Projet clinique « Jeunes » 67

3.7 Projet clinique « Santé mentale incluant les dépendances et les services psychosociaux généraux » 74
3.8 Projet clinique « Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement » 80
3.9 Projet clinique « Maladies chroniques et saines habitudes de vie » 84
3.10 Déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) 87
3.11 Dossier qualité 92
3.12 Planification stratégique 2010-2015 94
3.13 Organismes communautaires 95
3.14 Ressources humaines 96
3.15 Ressources informationnelles et intégration des services 103
3.16 Projets d'immobilisations et achats d'équipements médicaux spécialisés 106

Chapitre 4 : Données financières 2009-2010

4.1 Résultats financiers de l'Agence 109
4.2 Allocations des ressources financières aux établissements 129
4.3 Allocations financières versées aux organismes communautaires/ enveloppe régionale de crédits 131

Annexes

I Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent 137
II Rapport annuel 2009-2010 et avis du Forum de la population 142

Sigles et acronymes

A-B	AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
	AMP	Activité médicale particulière
	AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
	BCM	Bilan comparatif des médicaments
C	CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
	CAUR	Centre affilié universitaire régional
	CAUREQ	Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec
	CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
	CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
	CH	Centre hospitalier
	CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
	CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
	CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
	CIR	Commission infirmière régionale
	CJ	Centre jeunesse
	CLSC	Centre local de services communautaires
	CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
	CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
	CMV	Clinique médicale virtuelle
	COSMOSS	Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé Scolarisé et en Santé
	CPPE	Cliniques pédiatriques en protection de l'enfance
	CR	Centre de réadaptation
	CRAT	Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie
	CRÉ	Conférence régionale des éluEs
	CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
	CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
	CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
D-E	DEC	Diplôme d'études collégiales
	DI	Déficience intellectuelle
	DME	Dossier médical électronique
	DMS	Durée moyenne de séjour
	DP	Déficience physique
	DRMG	Département régional de médecine générale
	DSQ	Dossier de santé du Québec
	EPP	Équipement de protection personnelle
	ETC	Équivalent temps complet
F-G	FIV	Fécondation *in vitro*
	GMF	Groupe de médecine de famille
I	IAB	Initiative Ami des bébés
	ICCA	Institut canadien des comptables agréés
	IMDPE	Instrument de mesure du développement de la petite enfance
	IPS	Infirmière praticienne spécialisée
	ISQ	Institut de la statistique du Québec

L-M	LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
	MADA	Municipalité amie des aînés
	MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
	MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
	MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
	MRC	Municipalité régionale de comté
	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O-P	OASIS	Outil d'alimentation du système d'information sociosanitaire
	ORII	Ordre régional des infirmières et infirmiers
	ORSC	Organisation régionale de sécurité civile
	OSBL	Organisme sans but lucratif
	PACS	*Picture Archiving and Communication System*
	PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
	PCI	Prévention et contrôle des infections
	PDG	Président-directeur général
	PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
	PLAIDD-BF	Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas du Fleuve
	PMA	Procréation médicalement assistée
	PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
	PRAAC	Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité
	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
	PSOI	Programme de santé des organisations et des individus
	PSRRI	Plan stratégique régional des ressources informationnelles
	PTG	Prothèses totales du genou
	PTH	Prothèses totales de la hanche
R	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
	RI	Ressource intermédiaire
	RIPU	Regroupement et implication des personnes utilisatrices
	RLS	Réseau local de services
	RSIPA	Réseau de services intégrés personnes âgées
	RTF	Ressource de type familial
	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
S-T	SARA	Service ambulatoire radiologique accessible
	SIP	Système d'information de la pharmacie
	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
	SRIEQ	Service régional d'interprétariat de l'Est-du-Québec
	SRPPST	Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs
	TAP	Technicien ambulancier-paramédic
	TED	Trouble envahissant du développement
	TCCL	Traumatisme craniocérébral léger
	TCGFBSL	Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent
	TCR	Technocentre régional
	TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
U-V	UL	Université Laval
	UMF	Unité de médecine familiale
	UQAR	Université du Québec à Rimouski
	VADA	Ville-amie des aînés

Message du président-directeur général et du président du conseil d'administration

Engagement et dévouement au premier plan

Claude Lévesque

Engagement et dévouement : voilà qui résume le travail accompli par le personnel du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent dans une kyrielle de dossiers et de projets au cours de la dernière année. C'est dans cet esprit et avec beaucoup de fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent qui, une fois de plus, met en évidence les résultats obtenus en regard des orientations et des objectifs stratégiques qu'elle s'est fixés.

Jean-Paul Morin

En ce sens et à plusieurs égards, cette période fut mémorable, marquée au premier chef par la pandémie. C'est en effet le 26 octobre que s'amorçait une campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1). Une activité sans précédent qui a permis à quelque 120 000 Bas-Laurentiens de recevoir un vaccin, ce qui représente plus de 60 % de la population. Ce résultat exceptionnel est le fruit d'une grande manifestation de solidarité, partout sur notre territoire. Le personnel du réseau de la santé, les nombreux bénévoles et les partenaires qui ont prêté main-forte durant la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) ont travaillé sans relâche pour assurer le succès qu'on a connu.

Les résultats atteints dans les différents volets d'intervention, particulièrement dans la vaccination des clientèles à risque et de la population en général, démontrent la grande efficacité du réseau du Bas-Saint-Laurent. Merci à tous ceux et celles qui ont contribué d'une manière éclatante, dans leurs champs d'expertise respectifs, au succès de cette campagne de vaccination. Les membres du réseau n'ont compté ni les heures ni les efforts pour vacciner rapidement la population, faisant preuve d'un professionnalisme exemplaire et d'un sens aigu du travail d'équipe.

Équilibre budgétaire et planification stratégique

La région du Bas-Saint-Laurent continue d'occuper une position avantageuse en regard des finances du réseau de la santé. Un seul centre de santé et de service sociaux (CSSS) a enregistré un déficit. Il a toutefois mis en place des mesures qui lui permettront de rétablir l'équilibre budgétaire en 2010-2011.

Par ailleurs, deux importants dossiers de planification régionale ont été amorcés en 2009-2010. En ce qui a trait aux enjeux stratégiques liés à l'organisation des services, l'Agence a entrepris la réalisation de sa planification stratégique 2010-2015. Cette planification, qui vise à structurer les actions prioritaires pour les cinq prochaines années, a été élaborée en prenant appui sur notre connaissance des grandes priorités nationales, mais particulièrement sur les enjeux et défis du réseau régional pour les prochaines années.

Du côté des ressources informationnelles, la mise à jour de la planification précédente était rendue nécessaire par l'évolution des dossiers et le besoin de revoir les orientations pour les prochaines années. Ainsi, un comité régional a été formé afin de coordonner les travaux nécessaires à la réalisation du Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2010-2015.

Ces deux démarches de planification ont nécessité la consultation de nombreux partenaires et des instances formelles de l'Agence. Ces travaux se sont terminés au début de l'année financière 2010-2011 par l'adoption des deux documents de planification stratégique par le conseil d'administration de l'Agence, le 16 juin 2010.

Des développements marqués

L'Agence et le CSSS de Rimouski-Neigette ont poursuivi leur collaboration visant le développement de la mission universitaire au Bas-Saint-Laurent. À terme, le projet fera du CSSS un centre affilié universitaire régional et permettra la décentralisation d'une cohorte d'étudiants en médecine dans le cadre d'un *Campus médical satellite*.

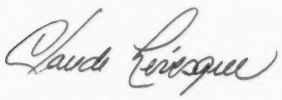
Par ailleurs, un premier groupe de médecine de famille (GMF) a été accrédité dans la MRC de Rimouski-Neigette en février 2010, portant à huit le nombre de GMF à avoir vu le jour dans le Bas-Saint-Laurent. Actuellement, 123 omnipraticiens desservent les 77 755 personnes inscrites en GMF, dont 36 % de la clientèle est vulnérable. L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent est donc très fière de la réussite de ce projet et des résultats positifs qu'il générera auprès de la population.

De plus, des travaux de rénovation ont permis à plusieurs établissements de la région de mettre à niveau leurs installations. Aussi, un projet de chauffage à la biomasse forestière a permis à l'Hôpital d'Amqui de devenir le premier établissement de santé et de services sociaux à l'Est-du-Québec entièrement chauffé à la biomasse forestière. Cette réalisation a d'ailleurs conduit l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux à décerner un prix d'excellence de l'efficacité énergétique au CSSS de La Matapédia le 15 avril, à Montréal.

L'Agence, forte d'un appui constant

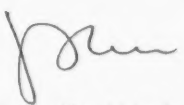
En terminant, nous tenons à transmettre nos plus chaleureux et sincères remerciements au personnel et aux administrateurs de l'Agence ainsi qu'à tous nos partenaires pour leur expertise, leur indéfectible loyauté et leur volonté d'offrir à la population du Bas-Saint-Laurent une gamme de services de santé et de services sociaux qui répondent à leurs besoins. Grâce à eux, nous continuerons de relever les défis liés notamment à l'accessibilité des soins, à la pénurie de certaines ressources et au vieillissement de la population.

Le président-directeur général,



Claude Lévesque

Le président du conseil d'administration,



Jean-Paul Morin

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

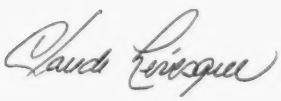
Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité, laquelle porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2009–2010 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Le président-directeur général,



Claude Lévesque

Chapitre 1 – Présentation de la région et des réseaux locaux de services

1.1 Territoire et population

Les 101 217 femmes et les 100 059 hommes (201 276 au total[1]) que comptent les 8 territoires de MRC (municipalité régionale de comté) du Bas-Saint-Laurent se répartissent dans 115 municipalités. Plusieurs de ces villes, villages et paroisses sillonnent le fleuve sur ses quelque 300 km de côte entre La Pocatière et Les Méchins. Les autres sont localisés sur les terres du Haut-Pays et sur celles des vallées du Témiscouata et de La Matapédia. Tandis qu'environ la moitié de la population de la région habite dans ses principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, Rivière-du-Loup et Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation de l'espace de l'autre moitié de ses résidants. Les MRC du Bas-Saint-Laurent sont composées d'une population qui varie de 9 200 à un peu plus de 54 000 habitants.

De 2001 à 2006, les projections de population calculées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) prévoyaient une diminution d'environ 2 % de la population bas-laurentienne. Les données du recensement de 2006 ont démontré que la diminution fut légèrement moindre (- 1,4 %). À l'échelle des territoires municipaux, selon les estimations de population de l'ISQ pour 2007[2], on peut observer des variations démographiques; des 115 villes et villages que compte la région, 85 ont vu leur population diminuer (5 285 personnes au total) et 32 ont enregistré des hausses (2 405 personnes au total). Les municipalités dont les effectifs ont diminué sont généralement de petites tailles, quoique certaines villes présentant un poids démographique important figurent dans cette liste : Matane (- 463), Amqui (- 278), Trois-Pistoles (- 268), Pohénégamook (- 256), Causapscal (- 213) et Dégelis (- 189). Rivière-du-Loup (+ 656), Rimouski (+ 388), Saint-Antonin (+ 396) et Sainte-Luce (+ 81) font partie des municipalités qui ont vu s'accroître leur population pour la période de 2001 à 2007.

Parmi les éléments qui caractérisent la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut affirmer que le vieillissement de la population est ce qui conditionne le plus l'organisation de ses services. Au cours de l'année 2010, quelque 37 800 personnes du Bas-Saint-Laurent avaient 65 ans et plus, ce qui représentait 19 % de la population totale de la région, soit 4 points de pourcentage au-dessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec. Dix années plus tôt, en 2000, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 15 % du total de la population du Bas-Saint-Laurent.

Malgré le regain de natalité au Bas-Saint-Laurent depuis 2005, comme cela est également le cas dans l'ensemble du Québec, il est tout de même estimé qu'à long terme, la croissance naturelle diminuera, c'est-à-dire que le nombre de naissances sera de plus en plus déficitaire par rapport au nombre de décès. Ce phénomène, associé au fait que les spécificités migratoires propres à la région font en sorte que le nombre de jeunes, principalement les 20 à 29 ans, qui la quittent est plus élevé que le nombre de ceux qui s'y installent, devrait amener une accélération du vieillissement de la population. En outre, le fait que les premiers « baby-boomers » franchiront les 65 ans au cours de l'année 2010 entraînera un accroissement de ce vieillissement. On estime qu'en 2016, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans sera supérieur d'environ 60 % à ce qu'il était en 2006. On s'attend aussi à ce que le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus connaisse une croissance presque aussi importante (56 %).

1 Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*, édition 2009 (population de 2010).

2 *Estimation de la population des municipalités du Québec au 1er juillet des années 1996 à 2007, selon le découpage géographique au 1er janvier 2008*, Institut de la statistique du Québec, des statistiques sociales, démographiques et de santé, février 2008.

1.2 Bilan de santé et déterminants

Bilan de santé

Bien que le bilan global de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent soit comparable à celui de l'ensemble des Québécois, certaines différences significatives sont néanmoins observées. Par exemple, étant donné que la population du Bas-Saint-Laurent est plus âgée que celle du Québec, elle est généralement plus affectée par des maladies chroniques. Les taux bruts de mortalité par cancer, de même que par maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives, sont tous plus élevés dans la région qu'au Québec. Toutefois, si la population du Bas-Saint-Laurent présentait une structure d'âge similaire à celle du Québec, seules les maladies respiratoires afficheraient un taux de mortalité supérieur.

Sur d'autres aspects cependant, la région se distingue négativement du Québec, et ce, sans que la structure selon l'âge de sa population soit mise en cause. Son taux élevé de mortalité due aux accidents figure en tête de liste de ces aspects négatifs. Même si la population du Bas-Saint-Laurent ne regroupe que 2,6 % de la population du Québec, on y enregistre, selon les chiffres de 2003 à 2005, 4 % des décès par traumatisme non intentionnel. Il est à noter également que depuis quelques années, la population de la région, particulièrement les hommes, présente des taux de décès par suicide plus élevés.

Par ailleurs, parmi les personnes âgées de 12 ans et plus qui habitent dans des ménages privés de la région, 22 % vivent avec des limitations d'activités dans leur vie quotidienne, soit une proportion similaire à celle enregistrée au Québec (21 %). Toutefois, le Bas-Saint-Laurent se démarquerait de la province quant au nombre de personnes ayant des limitations sévères (déficience physique, déficience intellectuelle ou problème de santé mentale). En mars 2008, près de 5 000 adultes de la région étaient considérés, en vertu du programme d'assistance-emploi, comme ayant des contraintes sévères à l'emploi. Ce nombre de personnes représentait alors 3,8 % de tous les adultes âgés de 18 à 64 ans du Bas-Saint-Laurent, ce qui s'avère relativement élevé étant donné que dans l'ensemble du Québec, cette proportion ne se situe qu'à 2,6 %.

Certaines caractéristiques du portrait de santé de la population du Bas-Saint-Laurent diffèrent selon les territoires de MRC. L'espérance de vie à la naissance, par exemple, varie de trois années entre la MRC la plus avantagée (Kamouraska) et celle qui l'est le moins (Témiscouata). On note aussi que l'auto-évaluation de l'état de santé, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, varie sensiblement d'un territoire de MRC à l'autre. Si, dans la MRC de Rimouski-Neigette, 66 % de la population évalue très positivement leur santé, cette même évaluation n'est faite que par 44 % de la population de la MRC de Matane.

Déterminants de l'état de santé de la population

Le Bas-Saint-Laurent se classe plutôt positivement parmi l'ensemble des régions du Québec quant aux principaux facteurs ayant un impact sur l'état de santé d'une population. Selon les indicateurs disponibles, une bonne partie de la population de la région adopterait des habitudes de vie et des comportements favorables à sa santé. On observe aussi que les conditions sociales qui caractérisent la population du Bas-Saint-Laurent seraient meilleures sur plusieurs aspects que celles qui prévalent dans l'ensemble du Québec.

Le Bas-Saint-Laurent, par exemple, se retrouve dans le peloton de tête parmi les régions qui comptent le moins de fumeurs sur son territoire. On note aussi que le taux de grossesse des adolescentes de la région est l'un des plus faibles au Québec. De plus, le taux de crime contre la personne est moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans la province. Toutefois, il est à mentionner que la population de la région aurait avantage à accroître sa consommation de fruits et de légumes. Les

derniers chiffres à ce chapitre (2007-2008) illustrent que 53 % des Bas-Laurentiens de 12 ans et plus en consomment moins de 5 fois par jour. Au Québec, cette proportion est de 47 %.

Par ailleurs, la population du Bas-Saint-Laurent tend à être plus active dans ses loisirs. Au début des années 2000, 37 % des adolescents de la région étaient très actifs, cette proportion a grimpé à 48 % en 2005. Même observation chez les adultes où la proportion des personnes très actives et actives est passée de 26 à 38 %.

Au chapitre de l'environnement social, outre le fait que la région compte moins de familles monoparentales qu'ailleurs au Québec, on observe un peu moins de personnes qui vivent seules. De plus, la région compte proportionnellement moins de personnes veuves, séparées et divorcées que l'ensemble du Québec.

Bien que la population du Bas-Saint-Laurent soit, en 2006, encore l'une des moins scolarisées du Québec, et ce, avec 28 % de sa population de 20 ans et plus qui n'a jamais obtenu de diplôme d'études secondaires (22 % au Québec), tout porte à croire que cette situation s'améliorera. En effet, on observe, depuis quelques années, que le décrochage scolaire est moins fréquent dans le Bas-Saint-Laurent qu'ailleurs au Québec. Parmi les élèves sortant du secondaire inscrits en 2006-2007, 19 % n'ont ni diplôme, ni qualification, alors qu'ils sont 25 % au Québec.

1.3 Réseaux locaux de services

Découpage territorial

Le réseau de la santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent comprend huit réseaux locaux de services (RLS) regroupant dix établissements publics :

- Huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui tiennent lieu d'instances locales, assumant ainsi la coordination de la mise en place des RLS;
- Deux établissements régionaux spécialisés, soit le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (CRDI);
- La région compte également un Centre de réadaptation en déficience physique sous la responsabilité du CSSS de La Mitis et un Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes sous la responsabilité du CSSS de Rivière-du-Loup.

Il faut toutefois noter que beaucoup d'autres partenaires intersectoriels gouvernementaux ou non gouvernementaux (emploi, éducation, services de garde, justice, sécurité publique, municipalités, organismes communautaires, etc.) sont aussi impliqués dans chacun de ces territoires, et le rapport annuel propre à chaque établissement peut en témoigner de manière plus explicite.

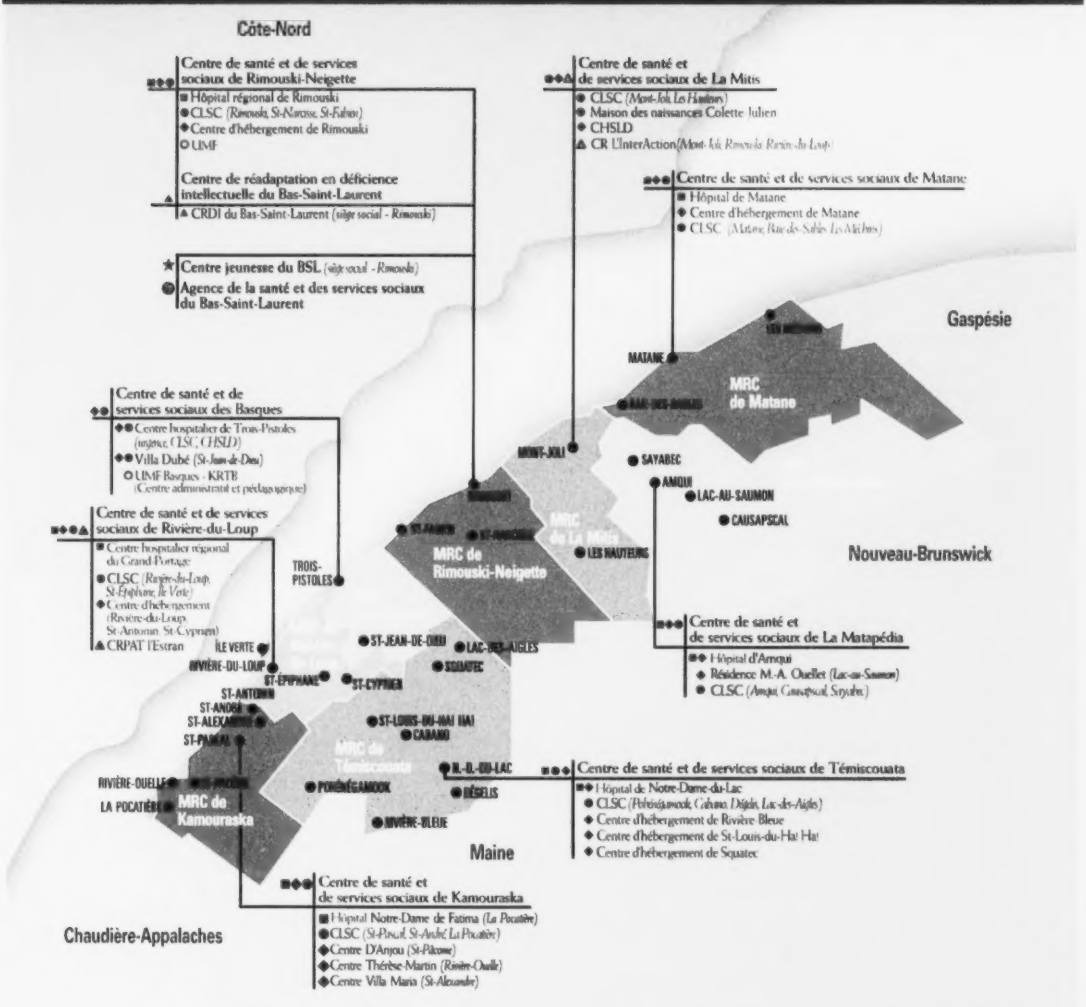
Les tableaux qui suivent vous présentent brièvement le descriptif de chacun de ces territoires ainsi que l'organisation territoriale des services de santé et de services sociaux qui y sont dispensés :

- La représentation géographique du Bas-Saint-Laurent et la localisation des principaux points en matière de services de santé et de services sociaux;
- Quelques caractéristiques régionales sur l'état des effectifs et des ressources œuvrant en santé et services sociaux;
- Une présentation générale de chacun des huit RLS.

Réseau des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Missions des établissements et leurs principales installations

LE BAS-SAINT-LAURENT *Tout lui réussit!*



LEXIQUE ET LÉGENDE

■	**CHSGS**	: Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
●	**CLSC**	: Centre local de services communautaires
◆	**CHSLD**	: Centre d'hébergement et de soins de longue durée
▲	**CRPDI**	: Centre de réadaptation pour personne déficiente intellectuelle
△	**CRDP**	: Centre de réadaptation – déficience physique
▲	**CRPAT**	: Centre de réadaptation pour personne alcoolique et toxicomane
★	**CPEJ**	: Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
	CRJDA	: Centre de réadaptation – jeunes en difficulté d'adaptation
●	**ASSS**	: Agence de la santé et des services sociaux
○	**UMF**	: Unité de médecine familiale

État des effectifs et ressources au niveau régional Région du Bas-Saint-Laurent, volet santé et services sociaux Au 31 mars 2010	
Effectifs et ressources	**Caractéristiques**
Médecins	La population de la région du Bas-Saint-Laurent est desservie par 435 médecins, dont 250 médecins omnipraticiens et 185 spécialistes, une augmentation de 9 médecins au total depuis un an. Les plans d'effectifs autorisés par le Ministère (2010) sont respectivement de 263 médecins omnipraticiens et de 222 spécialistes.
Groupes de médecine de famille (GMF)	Huit GMF sont en activité dans la région et plus de 77 755 personnes y sont inscrites au 31 mars 2010.
Pharmaciens	Les établissements du Bas-Saint-Laurent comptent 37 pharmaciens. Par ailleurs, les pharmaciens communautaires en milieu privé sont répartis dans 55 pharmacies.
Dentistes	La région du Bas-Saint-Laurent compte 19 dentistes ayant des privilèges de pratique en milieu hospitalier, dont 17 membres associés et 2 membres actifs en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Dans le secteur privé, on dénombre 61 dentistes généralistes répartis dans 43 cliniques dentaires et 6 dentistes spécialistes, dont 2 à temps partiel.
Ressources de type familial (RTF) **Ressources intermédiaires (RI)**	La région peut compter sur un réseau de : • 143 familles d'accueil pour les enfants (343 places reconnues); • 124 ressources de type familial en santé mentale, en déficience intellectuelle, en déficience physique et pour les personnes en perte d'autonomie (649 places reconnues); • 77 ressources intermédiaires : 47 pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 3 pour les jeunes, 10 pour les personnes présentant un problème de santé mentale, 17 pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et 1 pour les personnes ayant une déficience physique. Au total, 799 places en ressources intermédiaires sont reconnues.
Résidences privées pour personnes âgées	Au 31 mars 2010, on dénombrait dans la région 170 résidences inscrites au *Registre des résidences pour personnes âgées*, alors que 165 certificats de conformité ont été délivrés par l'Agence.
Premiers répondants et entreprises ambulancières	Les services de premiers répondants impliquent 46 personnes et sont présents dans 3 municipalités et sur le service de traversier de Rivière-du-Loup. Les entreprises ambulancières desservant la région sont au nombre de 10 réparties en 17 points de service et comptent 182 techniciens ambulanciers-paramédics.
Organismes communautaires	L'Agence a versé à 135 organismes communautaires et entreprises d'économie sociale près de 15 millions de dollars.
Employés des établissements	Le réseau de la santé et des services sociaux emploie 7 593 personnes représentant 6 956 postes équivalents temps complet (2009-2010), dont 240 cadres équivalents temps complet et 6 716 syndiqués et non-syndiqués équivalents temps complet. La moyenne d'âge du personnel reste stable puisqu'au 31 mars 2009, elle était de 43,80 ans, tandis qu'au 31 mars 2010, elle était de 42,18 ans.

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent

Caractéristiques générales

Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
Kamouraska	21 779	17	◆ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ◆ Le CSSS est partenaire de l'Unité de médecine familiale (UMF) Basques-KRTB **La Pocatière :** ▪ Localisation du CH et point de service du CLSC ▪ Point de service du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et du Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent (L'Estran) **Saint-Pascal :** ▪ Siège social du CSSS et localisation du CLSC ▪ Point de service de L'Estran et du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (CRDI) **Saint-André :** ▪ Point de service du CLSC **Saint-Pacôme, Rivière-Ouelle et Saint-Alexandre :** ▪ Localisation de CHSLD
Rivière-du-Loup	34 431	13	◆ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ◆ Le CSSS agit comme pôle de référence pour l'ouest de la région en santé physique et santé mentale ◆ Le CSSS est gestionnaire du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (L'Estran) ◆ Le CSSS est partenaire de l'UMF Basques-KRTB **Rivière-du-Loup :** ▪ Siège social du CSSS, localisation du CH, du CLSC et d'un CHSLD ▪ Centre administratif et point de service de L'Estran ▪ Point de service du Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction ▪ Point de service et deux unités de réadaptation du CJ ▪ Point de service du CRDI ▪ Bureaux de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent **Saint-Cyprien :** ▪ Point de service de L'Estran ▪ Localisation d'un CHSLD **Saint-Antonin :** ▪ Localisation d'un CHSLD **Saint-Épiphane et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs (Île Verte) :** ▪ Points de service du CLSC
Témiscouata	21 342	20	◆ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ◆ Le CSSS est partenaire de l'UMF Basques-KRTB **Notre-Dame-du-Lac :** ▪ Siège social du CSSS, localisation du CH et de lits CHSLD ▪ Point de service de L'Estran **Cabano :** ▪ Point de service du CLSC, de L'Estran, du CJ et du CRDI **Dégelis et Lac-des-Aigles :** ▪ Points de service du CLSC **Pohénégamook :** ▪ Point de service du CLSC et urgence de stabilisation **Rivière-Bleue :** ▪ Localisation d'un CHSLD et point de service du CLSC **Saint-Louis-du-Ha! Ha! et Squatec :** ▪ Localisation de CHSLD

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent

Caractéristiques générales

Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
Les Basques	9 179	11	◆ Le CSSS a une urgence de stabilisation, une mission de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ◆ Le CSSS est fiduciaire de l'UMF Basques-KRTB **Trois-Pistoles :** ▪ Siège social du CSSS, localisation de l'urgence, du CLSC et d'un CHSLD ▪ Point de service du CJ, de L'Estran et du CRDI ▪ Unité de réadaptation du CJ **Saint-Jean-de-Dieu :** ▪ Localisation d'un CHSLD et point de service du CLSC **Saint-Clément :** ▪ Point de service du CLSC
Rimouski-Neigette	54 098	9	◆ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ◆ Le CSSS (mission CH) offre des surspécialités en néonatalogie, radio-oncologie et néphrologie pour l'est de la région, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine, et dans certains secteurs pour la Côte-Nord; il est centre désigné pour la banque de sang pour les établissements du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie ainsi que du CH de Baie-Comeau ◆ Le CSSS opère une UMF **Rimouski :** ▪ Siège social du CSSS, localisation du CH, du CLSC, du CHSLD et de l'UMF ▪ Siège social du CJ, point de service du CJ et trois unités de réadaptation du CJ ▪ Point de service de L'Estran ▪ Siège social du CRDI et point de service du CRDI ▪ Point de service de L'InterAction ▪ Siège social de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent **Saint-Marcellin, Saint-Narcisse et Saint-Fabien :** ▪ Points de service du CLSC
La Mitis	19 457	16	◆ Le CSSS a une mission de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ◆ Le CSSS est gestionnaire du Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction ◆ Le CSSS est gestionnaire de la centrale régionale d'Info-Santé ◆ Le CSSS est gestionnaire de la Maison des naissances Colette-Julien **Mont-Joli :** ▪ Siège social du CSSS, localisation du CLSC et du CHSLD ▪ Centre administratif et point de service de L'InterAction ▪ Point de service de L'Estran, du CJ et du CRDI **Les Hauteurs :** ▪ Point de service du CLSC **Price :** ▪ Localisation de lits de longue durée psychiatrique opérés par le CSSS de Rimouski-Neigette

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent

Caractéristiques générales

Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
La Matapédia	18 867	18	◆ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) **Amqui :** ▪ Siège social du CSSS ▪ Localisation du CH ▪ Localisation du CLSC ▪ Point de service du CJ, de L'Estran et du CRDI **Causapscal et Sayabec :** ▪ Points de service du CLSC **Lac-au-Saumon :** ▪ Localisation du CHSLD
Matane	22 123	11	◆ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) **Matane :** ▪ Siège social du CSSS ▪ Localisation du CH, du CLSC et du CHSLD ▪ Point de service de L'Estran, du CRDI, du CJ et d'une unité de réadaptation du CJ **Baie-des-Sables :** ▪ Point de service du CLSC **Les Méchins :** ▪ Point de service du CLSC
TOTAL	201 276	115	◆ 6 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ◆ 2 urgences de stabilisation (Trois-Pistoles et Pohénégamook) ◆ 15 sites de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ◆ 8 centres locaux de services communautaires (CLSC) totalisant 26 points de desserte ◆ 1 maison des naissances ◆ 1 centrale régionalisée Info-Santé ◆ 1 centre jeunesse (CJ) ayant 8 points de service en protection de la jeunesse et 7 unités de réadaptation ◆ 1 centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et 10 points de desserte ◆ 1 centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et 3 points de desserte ◆ 1 centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (CRAT) et 10 points de desserte ◆ 2 unités de médecine familiale (UMF)

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent

Établissements et partenaires en santé et services sociaux

Territoire	Budget Base annuelle (en millions de dollars)	Personnel* (ETC)	Cliniques médicales**	GMF	Pharmacies	Organismes communautaires
Kamouraska	36,9	490	5		6	14
Rivière-du-Loup	81,0 (incluant le budget du CR L'Estran)	1 230	6	2	10	20
Témiscouata	31,6	411	4	1	7	18
Les Basques	13,4	189	1	1	3	7
Rimouski-Neigette	141,9	1 807	15	1	16	36
La Mitis	40,4 (incluant le budget du CR L'InterAction)	556	3	1	4	13
La Matapédia	32,0	388	3	1	4	13
Matane	40,1	575	6	1	5	13
Établissements régionaux	CJ : 27,9 CRDI : 29,0	CJ : 349 CRDI : 309				
Sous-total établissements	**474,2**					
Autres catégories	Transports ambulanciers : 15,3 Organismes communautaires : 14,9 GMF : 2,1 Technocentre régional : 1,9 Autres : 0,6					
TOTAL	**509,0**	**6 304**	**43**	**8**	**55**	**134**

* Source : Rapport financier annuel des établissements (AS-471), année 2009-2010, page 234.

** Peut inclure des points de service de GMF s'il y a lieu.

Chapitre 2 – Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

2.1 Mission, rôle et responsabilités

La mission ultime de l'Agence consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

À cet effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) définit l'environnement du réseau de la santé et des services sociaux où les instances locales de gouverne de services de santé et de services sociaux doivent s'inscrire au sein d'un réseau régional dont la coordination est assurée par une instance régionale qu'est l'Agence.

Dans ce sens, l'Agence assume son **rôle de coordination**, particulièrement en matière d'organisation de services intégrés, de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Pour ce faire, elle **doit assumer les responsabilités suivantes** (art. 340) :

- Assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services et assurer le respect de ses droits (comités des usagers, comités des résidents, conseils d'administration, information sur les services, droits, recours et obligations des usagers, mécanismes de mesures de satisfaction);
- S'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- Exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- Développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de la région et les adapter aux particularités de ceux-ci;
- Évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- Gérer le service régional de conservation des dossiers des usagers incluant la gestion des profils d'accès et des consentements;
- Approuver les paramètres des services de santé et des services sociaux fixés par les établissements;
- Exercer, dans certaines circonstances prévues par la loi, un pouvoir de surveillance, d'enquête ou d'inspection;
- Exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

L'Agence **doit aussi assumer des fonctions liées à six grands secteurs** :

- **La coordination des services** (art. 352 à 370) :
  - Assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
  - Assurer la coordination des services de la région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
  - Promouvoir les activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population et assurer la collaboration intersectorielle requise;
  - Déterminer les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de la région et s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination sont fonctionnels.

- **La gestion des ressources** (art. 376 à 385) :

  - Élaborer les plans régionaux de planification de main-d'œuvre et le plan des effectifs médicaux de la région;
  - S'assurer du regroupement de l'approvisionnement en commun;
  - Assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.

- **L'allocation des ressources** (art. 350-351) :

  - Allouer les budgets destinés aux établissements;
  - Accorder les subventions aux organismes communautaires;
  - Assurer l'administration et le financement des dépenses d'immobilisations et d'équipements effectuées par les établissements publics de sa région à l'égard des travaux qu'elle autorise;
  - Contrôler les budgets alloués et les subventions octroyées.

- **La santé publique** (art. 371 à 375) :

  - Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
  - Organiser les services et allouer les ressources pour l'application du Plan d'action régional en santé publique.

- **L'organisation des services** (art. 346.1 à 349) :

  - Élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
  - Faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région;
  - Élaborer un programme d'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise de la région;
  - Soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population.

- **Les priorités de santé et de bien-être** (art. 346-346.0) :

  - Veiller au respect des orientations nationales et des priorités en matière de santé et de bien-être;
  - Constituer et tenir à jour un registre des résidences pour personnes âgées et délivrer la certification à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées.

2.2 Plan d'organisation, effectifs et organigramme

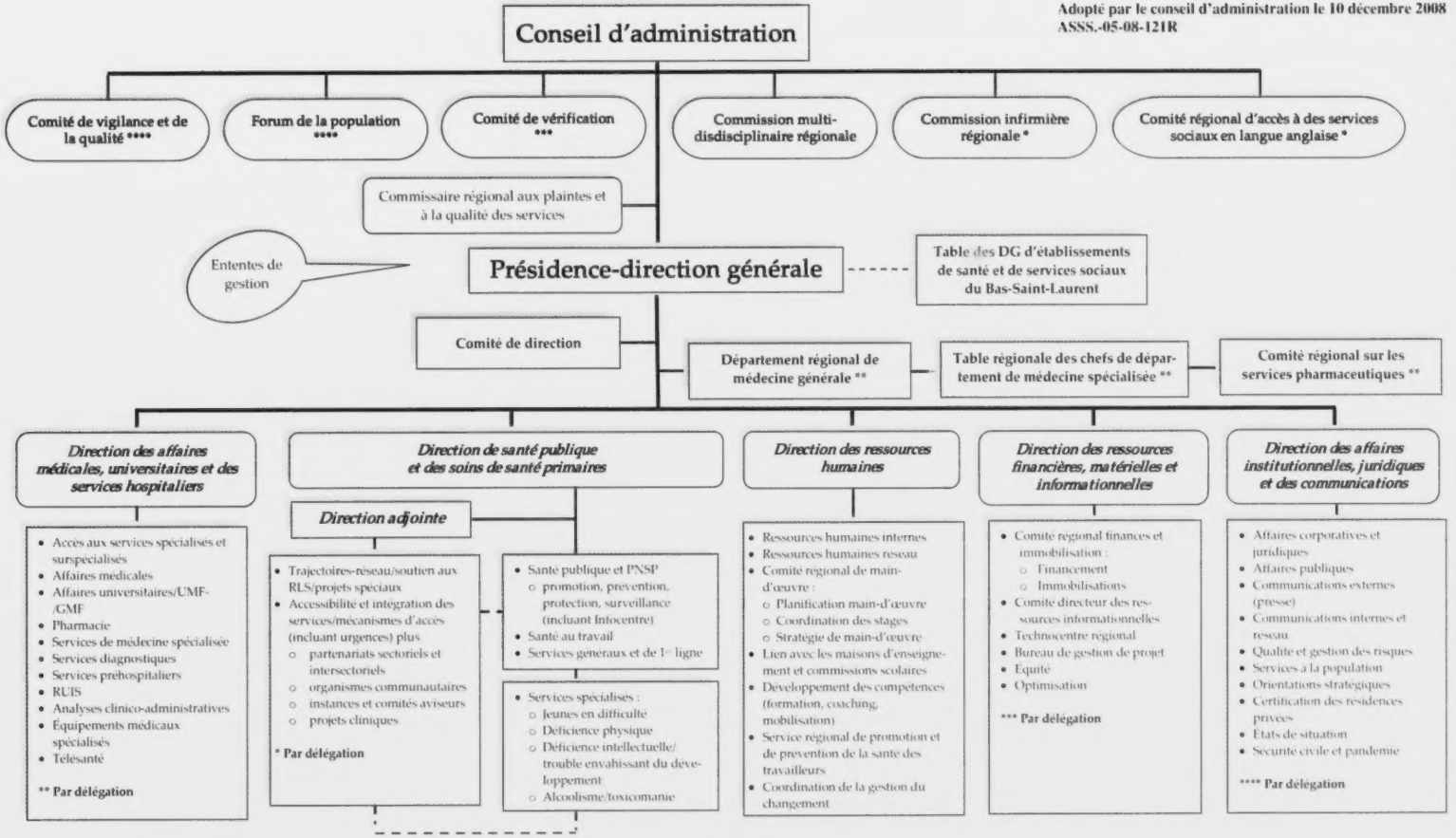
Le Plan d'organisation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été adopté le 6 décembre 2006 par le conseil d'administration et peut être consulté sur le site Internet de l'Agence à l'adresse www.agencesssbsl.gouv.qc.ca. Nous vous illustrons ici le tableau des effectifs de l'Agence ainsi que l'organigramme qui a été révisé par le conseil d'administration de l'Agence le 10 décembre 2008.

Effectifs de l'Agence (en date du 31 mars 2010)	**2009-2010**	**2008-2009**
Les cadres		
▪ Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	9,7	10
▪ Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,50	0,45
▪ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers		
▪ Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	75,68	81
▪ Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	0	0
▪ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
▪ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	27 653	20 675
▪ Équivalents temps complet (b)	15,14	11,32

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par 1 575 heures; Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.

Adopté par le conseil d'administration le 10 décembre 2008
ASSS.-05-08-121R



2.3 Conseil d'administration

Vacances en cours d'année

En juillet 2009, le Ministère a amorcé les consultations visant à renouveler le mandat des membres du conseil d'administration venant à échéance le 28 février 2009. Ces postes seront finalement comblés en janvier 2010, permettant le renouvellement de deux postes et la venue d'une nouvelle administratrice.

Les membres du conseil d'administration se sont réunis à six reprises, comme le prévoit la loi.

Composition (au 31 mars 2010)

Membres
M. Alyre Bois MRC de Rivière-du-Loup
Mme Ghislaine Boucher MRC de Rivière-du-Loup
Mme Thérèse Des Groseillers MRC de Kamouraska
M. Daniel Dionne MRC de Rimouski-Neigette
Mme Guylaine Vaillancourt MRC de Matane
Mme Lise Viens MRC de Kamouraska
M. Jean-Maurice Lechasseur (vice-président) MRC de La Mitis
Mme Danielle Marcoux MRC de La Matapédia
Mme Suzan Fournier MRC de Rimouski-Neigette
M. Jean-Paul Morin (président) MRC de Rimouski-Neigette
M. Émilien Nadeau MRC de Témiscouata
M. André Patry MRC de Rimouski-Neigette
M. Daniel Rioux MRC des Basques
M. Georges Roy MRC de La Mitis
M. Louis St-Pierre MRC de La Mitis
Membre de l'Agence
M. Claude Lévesque Président-directeur général

Éthique des administrateurs

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été révisé et adopté par le conseil d'administration le 10 décembre 2008. Une copie intégrale de ce code est annexée au présent rapport.

Pour l'année 2009-2010, aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été signalé.

2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Mandat

- Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des personnes qui s'adressent à lui et du traitement diligent de leurs plaintes.
- Entre autres fonctions qu'il exerce de manière exclusive, il assure la promotion de l'indépendance de son rôle et la promotion du régime de traitement des plaintes pour la population de la région.
- Il dresse, au besoin et au moins une fois l'an, un bilan de ses activités auquel il intègre l'ensemble des rapports en cette matière produits par les établissements de la région. Ce rapport annuel est disponible en septembre, une fois adopté par le conseil d'administration.
- Outre les mandats qui lui sont propres, il exerce un rôle de soutien au plan régional auprès des commissaires locaux des établissements.

Principales activités de l'année

- Participation en cours d'exercice financier aux rencontres de la Table des commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services, comprenant également des rencontres avec la Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que des rencontres avec le Protecteur du citoyen.
- Communications et échanges avec les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région et avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent.
- Tenue de deux rencontres régionales avec les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région et d'une rencontre avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent.
- Présentation de rapports périodiques sur les activités du commissaire régional au Comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration de l'Agence.
- Présentation d'une conférence sur le Régime d'examen des plaintes et les droits et obligations des usagers lors d'une rencontre avec l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de Rivière-du-Loup.
- Examen en cours d'exercice financier de 91 dossiers, soit :
  - 7 plaintes;
  - 19 interventions, dont 13 concernaient les résidences pour personnes âgées;
  - 52 demandes d'assistance;
  - 13 demandes de consultation.

Promotion des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes

- Poursuite de la diffusion des affiches promotionnelles et des dépliants sur le régime d'examen des plaintes auprès des différents organismes concernés et selon les demandes des citoyens.
- Par ailleurs, on retrouve sur le site Internet de l'Agence, dans la section « Plaintes et droits des usagers », différents renseignements sur le régime d'examen des plaintes, dont, entre autres :
  - Le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes de l'Agence;
  - Les coordonnées :
    - des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région;
    - des comités des usagers des établissements;
    - du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent;
    - de PLAIDD-BF (Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas du Fleuve);
    - du Protecteur du citoyen.

2.5 Comité de vigilance et de la qualité

Mandat

- Veiller à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services concernant les personnes, organismes ou fonctions qui peuvent faire l'objet d'une plainte.
- Assurer le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celles du Protecteur du citoyen, le cas échéant.

Principales activités de l'année

Dans le contexte des activités liées à la pandémie de grippe A(H1N1), le comité a dû reporter certaines de ses rencontres. Ainsi, pour l'année 2009-2010, le comité s'est réuni à une seule reprise. Lors de cette rencontre, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a eu l'occasion de présenter son rapport sur les plaintes reçues et les membres du comité ont pris connaissance du suivi réalisé par les établissements de la région en regard des fiches de suivi 2008-2009 des différents dossiers qualité.

Composition (au 31 mars 2010)

Membres
Mme Thérèse Des Groseillers Membre du conseil d'administration
Mme Suzanne Fournier Membre du conseil d'administration
M. André Patry Membre du conseil d'administration
M. Claude Lévesque Président-directeur général
M. Yvon Delage Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
M. René Dumont Directeur des affaires institutionnelles, juridiques et des communications, et personne-ressource en soutien aux travaux du comité

2.6 Forum de la population

Mandat

- Assurer la mise en place des modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
- Formuler des recommandations au conseil d'administration sur les moyens à déployer pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services.

Composition (au 31 mars 2010)

Membres
Mme Marie-Laure Bossé MRC de Témiscouata
M. Guy Dubé MRC de Rivière-du-Loup
Mme Madeleine Magnan MRC de Rivière-du-Loup
M. Jean-François Tremblay MRC de Rivière-du-Loup
Mme Marcelle Roussel MRC de Les Basques
M. Jacques Roy MRC de Les Basques
Mme Dorice Dubé MRC de Rimouski-Neigette
Mme Annie Lachance MRC de Rimouski-Neigette
M. Hugues Langlois MRC de Rimouski-Neigette
M. Marcel Lebel, président MRC de Rimouski-Neigette
Mme Ghislaine Beaulieu MRC de La Mitis
M. Jean-Yves Thériault MRC de La Matapédia
Mme Françoise Tremblay MRC de La Matapédia
Mme Kathleen Bouffard MRC de Matane
M. Michel Côté MRC de Matane
Membre délégué par le PDG de l'Agence
M. René Dumont Directeur des affaires institutionnelles, juridiques et des communications

Fréquence des rencontres

Au cours de la dernière année financière, les membres du Forum de la population se sont réunis à six reprises, soit les :

- 23 avril 2009
- 17 juin 2009 – Rencontre plénière avec les membres du conseil d'administration
- 9 septembre 2009
- 14 octobre 2009
- 14 janvier 2010
- 11 mars 2010

Par ailleurs, lors de la réunion du 10 février, le président du Forum a présenté l'avis sur le travail de rue aux membres du conseil d'administration.

Principales activités de l'année

En 2009-2010, tout comme l'année précédente, la planification des ordres du jour du Forum a accordé une place importante à l'expression des membres sur les bons coups et leurs préoccupations à l'égard du réseau.

Des travaux plus spécifiques ont été réalisés à la demande du conseil d'administration sur :

A. Le travail de rue, qui a fait l'objet du dépôt d'un avis le 10 février 2010. Pour la réalisation de cet avis, un comité de travail composé de trois membres du Forum a été mis à profit.
B. La communication de proximité, qui fait l'objet d'un volet spécifique de ce rapport pour lequel un comité de travail composé de trois membres du Forum a été constitué.

Certains membres du Forum de la population ont par ailleurs participé à deux rencontres de l'Agence et du Conseil des maires de Rivière-du-Loup et de La Matapédia.

Cette année encore, il y a eu mise sur pied d'un groupe de discussion pour une activité de communication visant à examiner le matériel promotionnel proposé pour la campagne saisonnière de vaccination contre l'influenza. Les membres du Forum ont alors

pris connaissance du contenu d'une affiche et d'un dépliant visant à informer la population des activités prévues. Divers commentaires et suggestions ont été émis visant à bonifier le contenu. Malheureusement, ce matériel n'a pas pu être utilisé, la pandémie ayant nécessité le recours à d'autres outils déployés par le MSSS.

Avis sur le travail de rue

À la demande du président-directeur général de l'Agence, les membres du Forum ont préparé et déposé à l'Agence, le 10 février 2010, un avis concernant le travail de rue au Bas-Saint-Laurent. En voici une synthèse[3].

Les membres sont unanimes pour affirmer que le travailleur de rue fait un travail que nul autre n'exécute à des moments et à des endroits précis ainsi qu'auprès de personnes que le système ne rejoint pas ou très peu, et souvent alors que le problème s'est aggravé.

Le travailleur de rue est un intervenant de première ligne. Il agit en « complémentarité » dans le système de santé et des services sociaux et il est surtout présent dans les pôles attractifs : les maisons de jeunes, les arénas, les bars, les parcs, etc. Il se présente à différents rassemblements tels que *party*, bal de finissants, fête de la Saint-Jean ou autres événements culturels, sociaux ou communautaires qui rejoignent les jeunes. Il est le bienvenu dans les écoles secondaires ou à l'éducation des adultes.

De l'avis des membres du Forum de la population, ce qui fait la différence dans la présente expérimentation du travail de rue dans la région, c'est l'implication de partenaires de différents milieux et organismes au sein de l'entente de partenariat qui le soutient et qui favorise une offre de service dans chacune des MRC de la région.

À la suite de leur analyse et en prenant appui sur la conviction dégagée lors de leurs travaux, les membres du Forum ont conclu que l'intervention des travailleurs de rue a un impact direct auprès des municipalités, des intervenants scolaires et des autres partenaires impliqués dans le projet, notamment en raison de la nature de l'accompagnement offert et de la disponibilité des travailleurs de rue dans les lieux formels ou informels que fréquentent les jeunes.

Les membres du Forum de la population ont formulé à l'Agence un avis confirmant la nécessité de maintenir l'offre de service des travailleurs de rue, assortie de mesures de coordination régionale et locale. De ce fait, il est demandé à l'Agence de maintenir son soutien technique et financier au projet de travail de rue, tout en rendant ce soutien conditionnel au renouvellement de l'entente de partenariat et à la participation financière des différents partenaires qui ont permis la réalisation de cette entente au cours des deux dernières années.

Travaux sur la communication de proximité

Un comité de trois membres du Forum, appuyé par la permanence de l'Agence, a amorcé une réflexion sur la communication de proximité. Se situant dans les suites des travaux de l'année précédente, il est vite apparu que ce travail revêtait une complexité non appréhendée au départ. Ainsi, un rapport préliminaire a été déposé aux membres du Forum. Ce rapport stipule notamment qu'au-delà de précisions à apporter aux concepts soulevés par ce dossier, un travail important, qui n'a pas pu être effectué au cours de l'année, devra donc se poursuivre dans un prochain mandat des membres du Forum.

Avis sur le projet de planification stratégique 2010-2015 de l'Agence

À la demande de l'Agence, les membres du Forum ont également eu l'occasion de se prononcer sur le projet de planification stratégique 2010-2015 de l'Agence.

D'emblée, les membres du Forum ont tenu à faire part de leur appréciation relativement à la facture générale du document, à la manière dont les différents sujets sont abordés et à la clarté de son contenu.

[3] La version intégrale de cet avis, de même que du rapport annuel des membres du Forum est présentée en annexe.

Les commentaires formulés se situent dans la continuité de ce qui est proposé par l'Agence et visent à bonifier les différents sujets abordés. En ce sens, les membres du Forum ont accordé leur appui au projet de planification stratégique. Toutefois, certains contenus contiennent des éléments qui demandent à être parfois plus affirmés.

À la suite de leur analyse de ce document, les membres du Forum de la population ont formulé un avis à l'Agence, confirmant leur appui général au projet de planification stratégique proposé pour 2010-2015, tout en demandant à l'Agence d'examiner avec attention les commentaires formulés et de les prendre en considération dans la version définitive du document déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux.

En conclusion, les membres du Forum ont eu l'occasion, au cours de la dernière année, de consolider leur travail et d'approfondir certains sujets qui leur tiennent à cœur. Un des sujets qui les a particulièrement mobilisés concerne la rédaction d'un avis sur le travail de rue. Pour le Forum, cet avis constitue une pièce maîtresse des travaux réalisés en 2009-2010. Ce dossier a été l'occasion, pour certains membres, de côtoyer les acteurs de ce projet et de transmettre à l'ensemble des collègues du Forum de l'information de première main, ce qui a favorisé une implication concrète dans un projet qui leur tient à cœur.

2.7 Comité de vérification

Mandat

Le Comité de vérification de l'Agence prend connaissance, entre autres, des résultats des vérifications externes et s'assure que des suites sont données aux recommandations. Il fait des recommandations au conseil d'administration concernant les états financiers et, s'il y a lieu, concernant les conventions comptables et tout autre rapport de vérification. Il est aussi à la disposition du vérificateur et lui vient en aide dans le cours de son mandat.

Composition (au 31 mars 2010)

Membres
M. Alyre Bois
M. Émilien Nadeau
M. Jean-Paul Morin
M. Georges Roy Substitut
Membre délégué par le PDG de l'Agence
M. Daniel Lévesque Directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles

Principales activités de l'année

Au cours de la dernière année, le Comité de vérification a vu son mandat élargi par le conseil d'administration de l'Agence. De fait, le 15 décembre 2009, les éléments suivants ont été ajoutés à son mandat :

- Effectuer des recommandations au conseil d'administration concernant le budget de fonctionnement de l'Agence;
- Assurer un suivi sur la réalisation du budget de fonctionnement de l'Agence;
- Effectuer le suivi de l'entente de gestion entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de façon plus spécifique :
  - Prendre connaissance annuellement de l'entente de gestion intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence;
  - Assurer le suivi de l'entente auprès du conseil d'administration.

Outre ses activités habituelles, le Comité de vérification s'est donc acquitté de ses nouvelles responsabilités depuis le début de l'année 2010.

2.8 Département régional de médecine générale – Comité de direction

Mandat

- Faire des recommandations au président-directeur général de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique.
- Formuler des propositions et donner son avis sur la planification, l'organisation et l'accessibilité des services médicaux généraux.

Composition (au 31 mars 2010)

Membres élus
Dre Diane Comeau Chef du département MRC de Rimouski-Neigette *(mandat 4 ans)*
Dre Josée-Mélanie Fortin MRC de Matane (mandat 4 ans)
Dr Éric Paradis MRC de Rivière-du-Loup (mandat 4 ans)
Membres cooptés
Dr Guildo Côté MRC de Témiscouata (mandat 2 ans)
Dre Myriam Croteau MRC de Rimouski-Neigette (mandat 4 ans)
Dr Jean Hudon MRC de Kamouraska (mandat 2 ans)
Dre Isabelle Lang MRC de Rivière-du-Loup (mandat 2 ans)
Dr Éric Lavoie MRC des Basques (mandat 4 ans)
Dr Louis St-Pierre MRC de La Mitis (mandat 2 ans)
Dre Jacynthe Vallée MRC de La Matapédia, adjointe au chef du DRMG (mandat 2 ans)
Autres membres en provenance de l'Agence
M. Claude Lévesque président-directeur général (membre d'office)
Dr Jacques Levasseur Directeur des affaires médicales, universitaires et des services hospitaliers, médecin désigné par le PDG

Principales activités de l'année

- Finalisation du processus électoral pour déterminer les trois membres élus et cooptation des sept membres qui complètent le comité de direction.
- Participation à un comité de travail réunissant les directeurs des services professionnels et les chefs de département de médecine générale du Centre de santé et de service sociaux (CSSS) de Rimouski-Neigette et de celui de La Mitis, et ayant pour mandat de trouver des solutions pour harmoniser l'organisation des services et le partage du travail des omnipraticiens sur ces deux territoires.
- Le CSSS de Matane a été reconnu par le comité paritaire comme centre désigné pour les victimes d'agression sexuelle et s'est vu accorder des forfaits de garde en disponibilité à la suite de la recommandation du Département régional de médecine général (DRMG).
- Participation d'un membre à une journée de formation sur le système Advance Access, une méthode pour améliorer l'efficacité de la prise en charge globale des patients. Suivi fait au comité de direction (présentation PowerPoint).
- Participation à un comité de coordination réunissant les trois instances : DRMG, TRCDMS (Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée) et CRSP (Comité régional sur les services pharmaceutiques). Les discussions ont porté sur le dossier du suivi en anticoagulothérapie pour des patients en ambulatoire, sur le bilan comparatif des médicaments ainsi que sur l'importance de rédiger clairement une ordonnance médicale.
- Participation à l'analyse et à la détermination des priorités de développement pour les équipements médicaux spécialisés.

- Un membre du DRMG a joint un comité composé d'un omnipraticien et d'un spécialiste pour la mise à niveau du logiciel servant à l'informatisation des systèmes des laboratoires et pour l'élaboration d'un dictionnaire régional.

- Participation, en collaboration avec les chefs de département de médecine générale des CSSS, à l'évaluation des services en santé mentale pour la première ligne, sous forme d'un questionnaire, dans le but d'estimer le degré d'implantation des différentes mesures contenues dans le plan d'action en santé mentale.

- Accueil de l'équipe du CSSS de Rimouski-Neigette venue présenter les travaux concernant l'organisation des services médicaux de première ligne qui ont mené à la mise sur pied d'une table médicale territoriale. Les chefs de département de médecine générale et les directeurs des services professionnels se sont joints à la rencontre.

- Recommandation pour la désignation des CSSS des Basques (urgence), du Témiscouata (Hôpital de Notre-Dame-du-Lac et CSLC Pohénégamook, urgence), de Matane (urgence) et de Rivière-du-Loup (urgence et hospitalisation) à la lettre d'entente 149. Cette lettre a pour objet de compenser le temps de déplacement des médecins du Bas-Saint-Laurent qui acceptent, sur une base temporaire, de dispenser des services dans un autre établissement du Bas-Saint-Laurent en pénurie d'effectifs.

- Participation au triumvirat médical mis sur pied dans chaque CSSS lors de la pandémie de grippe A(H1N1) afin d'assurer une coordination territoriale des activités de vaccination.

- Participation aux travaux de consultation en vue d'établir le Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2010-2015.

- Accueil du GMF de Témiscouata qui présente l'ordonnance collective Initier le traitement de cessation tabagique à l'aide d'une thérapie de remplacement à la nicotine ou de médicaments. Outil rédigé en collaboration avec D^re^ Linda Landry, D^r^ Sylvain Leduc, de la Direction de santé publique et des soins de santé primaires, et M^me^ Marie-Josée Papillon, pharmacienne.

- Consolidation d'une cible de 90 % des besoins par territoire de MRC comme objectif minimal pour les effectifs médicaux en omnipratique, grâce à l'ajout de 10 postes autorisés au plan d'effectifs 2010, de 3 postes inutilisés du plan d'effectifs 2009 et au transfert d'un poste de la région de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine vers le Bas-Saint-Laurent en raison des besoins de couverture en obstétrique de Ste-Anne-des-Monts par le CSSS de Matane.

- Désignation des territoires prioritaires pour les boursiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 2010 : CSSS des Basques, CSSS de Témiscouata, CSSS de Kamouraska et CSSS de La Matapédia.

2.9 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Mandat

- Faire des recommandations au président-directeur général de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux spécialisés.
- Formuler des propositions et donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux spécialisés.

Composition (au 31 mars 2010)

Membres élus
Dr Daniel Dionne Président
Dre Sabrina Selmani
Dre Jocelyne Synnott
Membres cooptés
Dr Joffre-Claude Allard (à partir de mars 2010)
Dr Jean-François D'Amours
Dr Jean-François de la Sablonnière
Dr Mircea Ghinea
Dr Omar Hasan
Dr Jean-François Landry Vice-président
Dr Philippe Lehouillier (jusqu'en février 2010) – remplacé par le Dr Joffre-Claude Allard
Dre Diane Plourde
Autres membres en provenance de l'Agence
M. Claude Lévesque Président-directeur général, membre d'office
Dr Jacques Levasseur Directeur des affaires médicales, universitaires et des services hospitaliers, médecin spécialiste désigné par le PDG
Dr Michel Y. Pelletier Médecin-conseil, invité permanent
Membres observateurs
Dr Claude Dufour
Dr Patrick Nadeau

Principales activités de l'année

- Cinq réunions ont eu lieu au cours de l'année. De plus, les membres ont été conviés à une rencontre élargie avec le Département régional de médecine générale (DRMG) et le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) pour le lancement des activités de planification des services médicaux généraux et spécialisés et du Plan directeur des ressources informationnelles.
- Deux représentants de chacune des tables ont aussi été conviés à un comité conjoint qui s'est réuni en février pour étudier des sujets d'intérêt commun, dont un projet de suivi de la clientèle anticoagulée.
- Production d'avis concernant le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) 2010 et la liste d'acquisition prioritaire des équipements médicaux en développement, qui s'établit à 1 450 000 $.
- Dépôt aux membres de la deuxième version du Plan régional d'organisation des services médicaux de 1re, 2e et 3e lignes sous forme de document de travail, pour poursuivre les travaux, tant au plan local que régional.
- Adoption du document sur l'organisation des services de pédiatrie en deux pôles régionaux dans le cadre des travaux du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval, qui permet au CSSS de Rimouski-Neigette de rehausser son offre de service en ce domaine, et au CSSS de Rivière-du-Loup de la maintenir.
- Suivi de l'évolution du dossier électronique (clinique médicale virtuelle) dans les cliniques médicales du territoire désignées comme groupe de médecine de famille (GMF) et de l'implantation du système Picture Archiving Communication System (PACS) en imagerie médicale, devenu fonctionnel en décembre 2009.
- Suivi attentif des travaux d'implantation d'un centre affilié universitaire régional (CAUR) (détails de la portée de ce projet dans la section Services médicaux et hospitaliers, CSSS affilié universitaire régional).

2.10 Comité régional sur les services pharmaceutiques

Mandat

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques et sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- Exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Composition (au 31 mars 2010)

Membres élus
Mme Marlène Collard, chef Pharmacienne en pharmacie communautaire
M. James Hill Pharmacien dans un centre exploité par un établissement
Mme Geneviève Patry Pharmacienne propriétaire
Membres cooptés
Mme Claire Dumais Chef de département clinique de pharmacie
M. Stéphane Plante Pharmacien propriétaire
Autres membres en provenance de l'Agence
M. Claude Lévesque Président-directeur général (membre d'office)
Dr Jacques Levasseur Directeur des affaires médicales, universitaires et des services hospitaliers, médecin désigné par le PDG
Mme Marie-Josée Papillon Pharmacienne-conseil invitée

Principales activités de l'année

Un processus électoral, dont le scrutin a eu lieu le 15 juin 2009, s'est déroulé au cours de cette dernière année. À la suite des élections, un poste de membre élu au sein du collège des pharmaciens chefs est demeuré vacant et quelques autres membres du comité ont été cooptés. Depuis la formation du nouveau comité, un candidat a changé de collège électoral et a laissé derrière lui un poste vacant. Les membres du comité solliciteront leurs pairs afin de coopter d'autres pharmaciens qui auraient de l'intérêt à se joindre à eux.

Les membres du comité ont maintenu trois réunions au cours de la dernière année. Les orientations 2009-2012 du comité ont été déterminées. Le CRSP prévoit appuyer la mise en place d'un bilan comparatif des médicaments (BCM), soutenir les CSSS dans l'instauration d'un modèle de suivi d'anticoagulothérapie (ATC) en pharmacie communautaire, continuer à élaborer d'autres ordonnances collectives et sensibiliser les acteurs concernés pour améliorer la clarté des prescriptions médicales. Par ailleurs, le CRSP est en cours de révision de ses règlements de régie interne.

Les pharmaciens des établissements du territoire ont également été sollicités lors de la pandémie de grippe A(H1N1). Ils ont procédé à l'approvisionnement et à la comptabilisation des réserves d'antiviraux pour la population. Un arrimage entre les pharmacies d'établissements et les pharmacies communautaires a eu lieu afin de déterminer la procédure à suivre pour donner accès aux antiviraux lors des heures défavorables.

Une rencontre conjointe des trois tables, TRCDMS, DRMG et CRSP, a eu lieu le 15 septembre 2009. À la suite des échanges positifs sur des terrains communs, trois orientations du CRSP seront entreprises conjointement avec des membres de la TRCDMS et du DRMG, soit l'ATC, le BCM et la clarté des prescriptions.

2.11 Commission infirmière régionale

Mandat

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner son avis sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

Composition (au 31 mars 2010)

Membres
Mme Ghislaine Boucher CSSS de Rivière-du-Loup
Mme Martine Breton CSSS de Témiscouata
Mme Martine Dubé CSSS de La Mitis
M. Normand Lavoie Ordre régional des infirmières et infirmiers (ORII)
Mme Deyna L'Heureux Cégep de Rimouski
Mme Esther Otis Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mme Isabelle Ouellet CSSS de Matane
Mme Nicole Ouellet Université du Québec à Rimouski (UQAR)
Mme Jocelyne Paradis CSSS de Kamouraska
Mme Josette Philippe CSSS de Témiscouata
Mme Line Ruest CSSS de Témiscouata
Mme Georgette Tremblay CSSS des Basques

Principales activités de l'année

- Le dossier « Pandémie » a limité les activités de la Commission infirmière régionale (CIR).
- Deux rencontres, dont une par conférence téléphonique, ont eu lieu.
- Deux rencontres conjointes avec la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) ont eu lieu sur les sujets suivants :
  - Processus de désignation et responsabilités des instances régionales, planification stratégique de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent 2010-2015, planification stratégique des ressources informationnelles;
  - Les membres ont été informés du dossier dépendance et des travaux dans le dossier de l'interdisciplinarité ainsi que le guide régional *Information et application sur la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (loi 90)*.
- Il fut également question de la pratique infirmière en santé mentale ainsi que de la formation de 2e cycle en santé mentale offerte par l'Université du Québec à Rimouski.

2.12 Commission multidisciplinaire régionale

Mandat

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner son avis sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

Composition (au 31 mars 2010)

Membres
Mme Ève Bélanger UQAR
Mme Nicole Bernier Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mme Denise Dufour Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent
Mme Claire Page UQAR
Mme Hélène Rhéaume Cégep de Rimouski
Mme Lise Ross CSSS de Matane
M. Claude St-Laurent CRDI du Bas-Saint-Laurent
Mme Johanne Théberge CSSS de Rimouski-Neigette
Mme Lise Verreault CSSS de Kamouraska

Principales activités de l'année

- Le dossier « Pandémie » a limité les activités de la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR).
- Deux rencontres, dont une par conférence téléphonique, ont eu lieu.
- Deux rencontres conjointes avec la Commission infirmière régionale (CIR) ont eu lieu sur les sujets suivants :
  - Processus de désignation et responsabilités des instances régionales, planification stratégique de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent 2010-2015, planification stratégique des ressources informationnelles;
  - Les membres ont été informés du dossier dépendance et des travaux dans le dossier de l'interdisciplinarité et du guide régional *Information et application sur la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (loi 90)* ».

2.13 Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes

Mandat

- Conseiller, donner son avis ou, de façon occasionnelle, collaborer à la conception et au développement de divers programmes, projets ou dossiers pouvant influencer l'état de santé et de bien-être des femmes.
- Agir sur toute autre question pouvant avoir une incidence sur les conditions de santé des femmes.

Composition

Le Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes est composé de femmes désignées par la Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent (TCGFBSL), de la répondante régionale du Conseil du statut de la femme et de la répondante à la santé des femmes à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Membres
Mme Suzelle Lambert, présidente TCGFBSL
Mme Louise Dufour Centre des femmes du Ô-Pays
Mme Aline Denis Centre-Femmes Catherine Leblond inc.
Mme Isabelle Gallant Centre Femmes de La Mitis
Poste vacant Conseil du statut de la femme
Mme Solange Lévesque Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Principales activités de l'année

En décembre 2009, le Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes a déposé un avis au conseil d'administration de l'Agence. Il s'intitule *Avis pour une approche spécifique de la santé des femmes*. Cet avis pose un regard féministe sur les inégalités qui persistent en ce qui concerne la santé des femmes. Il expose les raisons qui justifient, encore aujourd'hui, la prise en compte de la spécificité des femmes dans la conception de politiques ou de programmes de prévention et de promotion de la santé ainsi que dans la distribution des soins de santé et de services sociaux. Il contient des recommandations qui visent à inscrire la spécificité des femmes dans la mise en place de plans d'action et dans l'offre de service.

Suites à donner

Le conseil d'administration de l'Agence a reçu favorablement l'avis et il en a produit un tiré à part aux fins de diffusion dans son réseau, dans lequel il a pris position quant à l'application de certaines recommandations qui relevaient de sa compétence.

Aussi, un plan de formation a été élaboré par la TCGFBSL. Cette formation vise à approfondir la compréhension des enjeux liés à la santé des femmes et à outiller les participantes pour une prise de pouvoir sur leur santé.

2.14 Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Mandat

Le comité est responsable, envers le président-directeur général de l'Agence, de donner son avis sur :

- Le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise élaboré conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Les modifications à apporter au programme à la suite de l'évaluation qu'il en fait;
- Toute situation où l'application du programme peut soulever certaines problématiques en regard de la coordination de l'ensemble des services ou du respect des droits des personnes d'expression anglaise relativement à ces services.

L'article 348 de la loi stipule que les agences doivent, en collaboration avec les établissements de leur territoire, élaborer un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de leur région. Ce programme doit être approuvé et révisé tous les trois ans.

Situation régionale

Population anglophone

Selon les données de Statistique Canada, la population anglophone estimée pour le Bas-Saint-Laurent est de 1 328 personnes, soit 0,66 % de la population (une augmentation de 7 % depuis 2001, alors que la population du Bas-Saint-Laurent est restée stable). La majorité des personnes d'expression anglaise se trouve dans les municipalités régionales de comté (MRC) de Rimouski-Neigette (395), de La Mitis (215), de Rivière-du-Loup (173), de Matane (170), de Témiscouata (155) et de Kamouraska (108).

Centres désignés

Aucun établissement n'a été officiellement désigné au Bas-Saint-Laurent par le législateur. Toutefois, le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, élaboré par l'Agence en collaboration avec le comité régional et les établissements concernés, a ciblé deux établissements « indiqués » pour desservir la population anglophone de la région du Bas-Saint-Laurent. Il s'agit du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette ainsi que du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis.

Composition

- Le Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise est composé de six personnes :
  - Deux représentantes de la communauté anglophone de Métis-sur-Mer;
  - Une représentante de Heritage Lower St. Lawrence, un organisme communautaire dont le mandat couvre l'ensemble de la communauté anglophone du Bas-Saint-Laurent;
  - Une représentante du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette;
  - Une représentante du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis;
  - La coordonnatrice du Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise à l'Agence.

- La présidente est M^me^ Kathy Dodson, représentante de la communauté anglophone de Métis-sur-Mer.

Principales activités de l'année

- Deux rencontres ont eu lieu afin de surveiller la mise en place du programme d'accès, notamment dans les deux établissements « indiqués ».

- Des activités visant à consolider les services en langue anglaise (formation du personnel, agent de liaison) se sont poursuivies.

- Dépôt et acceptation du projet « Liaison Communauté Phase II », accompagné d'un avis favorable du comité régional. Début du projet qui vise à établir les liaisons nécessaires entre la communauté d'expression anglaise et les établissements du réseau afin de faciliter l'accès aux services de santé et aux services sociaux à la clientèle d'expression anglaise du Bas-Saint-Laurent.

Chapitre 3 – Faits saillants de l'année et suivi de l'entente de gestion

3.1 Bilan général de l'entente de gestion

Propos du président-directeur général

Outre les tableaux de reddition de comptes qui ont été intégrés à l'intérieur des différentes rubriques qui suivent, d'autres dimensions sont à prendre en considération dans le cycle des ententes de gestion et, à ce titre, nous reproduisons ici intégralement le texte d'avant-propos du Bilan de suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, juin 2010 de M. Claude Lévesque, président-directeur général.

« Le présent bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité entre l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et le ministère de la Santé et des Services sociaux présente la situation régionale observée relativement aux résultats attendus en lien avec la planification stratégique ministérielle 2005-2010. Il permet de constater le chemin parcouru depuis 2005 et d'identifier les secteurs où il faudra continuer d'être vigilant dans les années qui viennent.

À ce jour, la région est relativement bien positionnée et peut prétendre avoir réalisé la majorité des objectifs convenus. L'atteinte de certaines des cibles de la planification stratégique 2005-2010 implique la poursuite de chantiers qui s'étendent sur de longues périodes. Les travaux se poursuivent et leurs effets sur l'offre de service à la population continueront d'être monitorés.

La première génération des ententes de gestion aura permis de susciter et d'entretenir une dynamique de gestion par résultat avec une préoccupation constante pour l'atteinte des cibles convenues. Il en résulte un impact indéniable sur la qualité des informations compilées par les établissements. Elle aura également fait en sorte de mieux orienter dans le réseau les importants investissements réalisés au cours des dernières années. Le défi qui nous interpelle maintenant réside dans la possibilité d'intégrer des indicateurs qui dépassent les notions de volumétrie dans la production de services pour viser davantage à identifier l'effet des actions des établissements sur la santé de la population.

Il est important de souligner la collaboration des établissements au processus menant à la signature des ententes de gestion ainsi que l'assiduité généralement constatée dans la transmission des informations de reddition de compte qu'un tel exercice suppose. Sans l'engagement des gestionnaires et des intervenants concernés, il aurait été difficile de mener à bien l'exercice et de pouvoir présenter des résultats aussi satisfaisants. »

Résultats en lien avec les cibles ministérielles

Dans leur ensemble, les résultats atteints au niveau des différents indicateurs prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité sont très satisfaisants. Ils témoignent de l'engagement des intervenants et des établissements envers les services à la population.

Pour plusieurs des indicateurs, les résultats atteignent ou dépassent les cibles convenues. À ce titre, les secteurs suivants tirent très bien leur épingle du jeu :

- Services aux personnes en perte d'autonomie (soutien à domicile et hébergement);
- Chirurgies;
- Délais d'accès en radio-oncologie;
- Ressources humaines.

Pour certains indicateurs, bien que la cible régionale ne soit pas atteinte, la région se distingue très favorablement par rapport à la

moyenne provinciale. Mentionnons notamment :

- Services psychosociaux généraux;
- Urgences;
- Services aux jeunes en difficulté (première et deuxième lignes).

Dans d'autres secteurs, la région n'atteint pas les résultats signifiés dans l'entente, mais des investissements significatifs ont été réalisés au cours des dernières années afin d'accroître l'offre de service. Les résultats de ces investissements se font sentir graduellement, tout particulièrement dans les secteurs suivants :

- Santé mentale (services de première ligne et soutien d'intensité variable);
- Déficience physique (services spécialisés).

Enfin, lorsqu'une cible n'est pas atteinte, on remarque qu'en général, on peut l'expliquer soit par la difficulté de combler les postes vacants ou temporairement dépourvus de titulaires, ce qui est particulièrement le cas dans certains services spécialisés et sociaux, soit par l'insuffisance de la demande, qui se reflète alors par un faible niveau ou une absence pure et simple de listes d'attente, tel qu'on peut le remarquer concernant les soins palliatifs à domicile et le jeu pathologique.

Résultats en lien avec les objectifs régionaux

Outre les cibles ministérielles de services, les ententes de gestion entre l'Agence et les établissements contiennent des objectifs régionaux visant à mieux articuler les priorités nationales, régionales et locales. La réalisation de ces objectifs fait également l'objet d'un suivi de la part de l'Agence.

Pour connaître les réalisations dans les différents secteurs visés, nous vous invitons à consulter les rubriques spécifiques du présent rapport annuel.

3.2 Lutte à la pandémie de grippe A(H1N1)

La lutte à la pandémie de grippe A(H1N1) a été un dossier qui a grandement marqué l'année 2009-2010. Ce nouveau virus, apparu au Mexique en mars 2009, a atteint le Québec en avril. Après avoir été mis en alerte par les autorités compétentes, l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux s'est mobilisé pour répondre aux exigences de la situation.

On se rappellera que le vingtième siècle a connu trois pandémies, dont la dernière, la grippe de Hong Kong, est survenue entre 1968 et 1970. Sachant que le phénomène des pandémies de grippe survient habituellement tous les 10 à 40 ans, il allait de soi que l'on se prépare en conséquence.

Tout comme le réseau de la santé et des services sociaux, qui se préparait à cette éventualité depuis près de cinq ans, l'Agence du Bas-Saint-Laurent et l'ensemble des établissements de la région se sont dotés de plans de lutte à la pandémie d'influenza en 2006.

Mise en contexte

Les travaux de préparation de la lutte à la pandémie se sont réalisés dans le contexte où le scénario du pire pouvait survenir. Par exemple, les autorités de la santé publique surveillent attentivement le virus de la grippe aviaire H5N1, qui se veut particulièrement

virulent puisque plus de 59 % des personnes infectées en meurent. De plus, le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), qui a fortement touché la région de Toronto en août 2003, a également contribué à faire craindre le pire.

C'est ainsi que les principaux secteurs de la société se sont préparés à l'arrivée d'une nouvelle pandémie, selon le scénario où 35 % de la population pourrait être infectée par un nouveau virus. Ce scénario signifiait que l'on pourrait faire face à une situation où des dizaines de milliers de personnes auraient besoin de consulter un médecin, des centaines devraient être hospitalisées, des dizaines pourraient en mourir, sans compter le taux d'absentéisme au travail et toutes les perturbations socio-économiques qui pourraient survenir.

Fort du principe qui veut que le meilleur moyen d'affronter une situation catastrophique est de s'y préparer, le réseau de la santé et des services sociaux a mené des travaux qui lui ont permis de répondre à la situation appréhendée.

La première vague de grippe A(H1N1) a touché le Québec entre le mois d'avril et la fin juin 2009. Pour sa part, c'est le 11 juin que l'Organisation mondiale de la santé a déclaré officiellement la première pandémie du 21e siècle. Soulignons que la deuxième vague a fait son apparition au Québec en octobre, à la suite d'une éclosion à l'école secondaire de Trois-Pistoles, ce qui n'a pas manqué de faire les manchettes des médias nationaux. La deuxième vague s'est terminée au Québec en décembre 2009.

Épidémiologie de la deuxième vague dans le Bas-Saint-Laurent

Parmi les quelques milliers de personnes de la région atteintes d'un symptôme d'allure grippale, 556 ont eu un test confirmant la présence du virus de la grippe A(H1N1). De ce nombre, 47 ont été hospitalisées, dont 11 aux soins intensifs. Heureusement, nous n'avons déploré aucun décès relié à cette affection.

Lorsque l'on répartit l'ensemble des cas selon les groupes d'âge, on constate que le virus a touché principalement les jeunes, puisque ce sont 77 % des personnes touchées qui avaient moins de 30 ans. On remarque également que, contrairement à la grippe saisonnière, les personnes âgées de plus de 65 ans ont été très peu touchées par le virus pandémique.

Épidémiologie de la deuxième vague

	Bas-Saint-Laurent	Québec
Personnes hospitalisées	36	2 476
Personnes aux soins intensifs	11	358
Nombre de décès	0	80
Total	**47**	**2 891**

Il y a eu dans la région 509 cas déclarés, mais qui n'ont pas nécessité d'hospitalisation

Selon les groupes d'âge

Groupes d'âge	Nombre	Pourcentage
- de 5 ans	93	16,7 %
5-9 ans	106	19,1 %
10-19 ans	167	30,0 %
20-29 ans	62	11,2 %
30-39 ans	42	7,6 %
40-49 ans	40	7,2 %
50-64 ans	38	6,8 %
65 et +	8	1,4 %
Total	**556**	**100 %**

Une structure de coordination et un fonctionnement efficace

Considérant qu'il s'agissait d'un sinistre appréhendé, c'est toute la structure de sécurité civile qui avait préalablement été identifiée pour assumer la gestion de ce dossier dans l'ensemble des secteurs de la société. La nature de l'événement a fait en sorte que la mission santé a joué un rôle de premier plan à ce niveau, en concertation avec les partenaires des autres missions de l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC).

Le modèle de gestion reposait sur une structure de type « top down » : le palier national (l'Organisation de sécurité civile et les ministères) assumait la direction de l'opération, tandis que le palier régional (l'ORSC et l'Agence) était responsable de la coordination des activités régionales. De leur côté, les établissements voyaient à l'organisation locale des services destinés à la population.

Comme prévu au Plan de lutte à la pandémie et au Plan régional de sécurité civile-mission santé, chacune des composantes du réseau de la santé et des services sociaux avait mis en place un comité de coordination composé du coordonnateur et des responsables de chaque volet : santé publique, santé physique, psychosocial, communications et maintien des activités du réseau. Le tout était chapeauté par le comité de gestion de chacune des entités.

Figure 1. La structure de coordination de l'Agence et des établissements

Afin d'assurer un fonctionnement optimal des opérations, nous avons déployé le centre de coordination où se réunissaient les principaux acteurs de l'Agence. Ce déploiement, conjugué à la mise en place d'un cycle de coordination, a permis de maintenir un contact étroit avec les instances décisionnelles et opérationnelles du Ministère, avec les établissements, les partenaires de l'ORSC ainsi qu'avec nos propres intervenants. Soulignons également que le délestage de certaines activités de nature plus administrative a facilité le bon déroulement des opérations pendant cette période.

De par son rôle de coordination régionale et dans le souci constant de soutenir les établissements, l'Agence a mis en place des outils de gestion comme un forum régional, où était déposée toute la documentation officielle sur le sujet, et un tableau de bord quotidien qui permettait de suivre l'évolution de la situation à partir d'indicateurs probants.

Un programme de formation grandement suivi

Le Programme québécois de formation à la pandémie du Ministère était disponible par le biais du réseau Internet. Ce programme, qui touchait les principaux sujets spécifiques à une dizaine de catégories d'intervenants, a été suivi par le personnel du réseau de la santé et des services sociaux de la région. Nous avons également rendu disponible ce programme aux organismes communautaires ainsi qu'aux ressources non institutionnelles présents sur notre territoire.

De fait, dès septembre 2008, l'Agence avait mis en place toute la structure nécessaire au déploiement de ce programme avec la visée que tous les gestionnaires de premier niveau soient formés au 30 avril 2010. L'arrivée rapide de la grippe A(H1N1) a eu pour effet d'accélérer la formation des gestionnaires, des professionnels et des différents intervenants du réseau, rejoignant ainsi 76 % du personnel.

Des stratégies d'intervention autour de cinq volets

Comme prévu au Plan de lutte à la pandémie, la coordination et la mise en place des services du réseau de la santé et des services sociaux se sont fait autour des volets santé publique, santé physique, psychosocial, communications et maintien des services et des ressources.

Considérant la nature même d'une pandémie, l'on comprendra que le **volet santé publique**, par le biais de la direction régionale de la santé publique, a joué un rôle central dans toute cette opération. Plus particulièrement, la surveillance virologique des cas, le processus de gestion des cas et des contacts des personnes infectées, les mesures de prévention des infections en milieux de soins, l'application des nombreuses recommandations du directeur national de la santé publique à l'intention des différents secteurs de la société (mesures générales de santé publique), la gestion des vaccins, sans oublier l'opération de vaccination de masse et la surveillance des manifestations cliniques indésirables, ont été les principales actions du volet santé publique.

Le **volet santé physique** avait pour but d'offrir les soins appropriés aux personnes malades de la grippe A(H1N1). Que ce soit au service Info-Santé, qui recevait plus du double des appels qu'en situation normale, au service préhospitalier d'urgence, dans les urgences des centres hospitaliers, dans les laboratoires, les services de radiologie ou aux soins intensifs, qui furent rehaussés de 150 % de leurs capacités, tout a été mis en place pour répondre aux exigences de la situation. Le Plan de lutte à la pandémie prévoyait la mise sur pied de sites non traditionnel de soins, qui permettraient d'orienter et de soigner les personnes ayant des symptômes d'allure grippale en dehors des milieux de soins habituels. La virulence modérée de l'influenza A(H1N1) a cependant fait en sorte que seulement le CSSS de Rimouski-Neigette a ouvert une clinique de grippe dans la ville de Rimouski.

Un enjeu au carrefour de la santé publique et de la santé physique

Dès la première vague de la pandémie au printemps 2010, la circulation de l'information et la mobilisation des médecins sont apparues comme un élément incontournable.

Dès le départ et tout au long de la période pandémique, les médecins de la région ont été informés des outils disponibles et de l'existence d'un service de soutien 24/7 pour les médecins. Dès le début de la deuxième vague, une tournée régionale d'information et de formation a été effectuée auprès des médecins de chacun des territoires de CSSS où plus de 300 d'entre eux furent rencontrés. Afin de les soutenir dans leurs rôles, un babillard informatique a été mis en place pour permettre au corps médical d'avoir accès à toute l'information de pointe et à jour sur le sujet.

De leur côté, afin d'assurer une mobilisation adéquate des médecins, chacun des CSSS a mis sur pied un comité de coordination des services médicaux, composé du directeur des services professionnels, du président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ainsi que d'un représentant du Département régional de médecine générale (DRMG).

En raison de la faible morbidité du virus, le **volet psychosocial** a surtout joué un rôle de conseil et de soutien dans les cliniques de vaccination. Les intervenants psychosociaux ont contribué au triage des clientèles, à la gestion des files d'attente, à la prise en charge des situations particulières qui pouvaient perturber le bon déroulement de la vaccination. Les établissements ont également enclenché le processus de repérage des personnes plus vulnérables afin de les soutenir adéquatement au besoin. Un feuillet d'information psychosociale destiné au personnel enseignant de la région a aussi été produit.

Pour sa part, le **volet maintien des activités** voyait à la gestion des ressources matérielles, informationnelles, financières et humaines de la région. Un cadre de gestion financière spécifique à la pandémie a été mis en place afin de comptabiliser les coûts de cette opération, qui s'élèvent à plus de 2,4 millions de dollars pour la région du Bas-Saint-Laurent. Au point de vue des ressources matérielles, il fallait s'assurer que les établissements aient le matériel nécessaire, à partir de leurs propres réserves et de la réserve nationale, pour mener à bien la vaccination massive. Compte tenu des besoins en ressources humaines pour mener l'opération vaccination et de la pression vécue par les établissements en raison de l'absentéisme au travail, le recours à des ressources humaines alternatives a été nécessaire dans chacun des CSSS de la région.

L'aspect des **communications** a constitué un facteur stratégique majeur tout au long de la pandémie. Ce volet visait à informer adéquatement la population, les médias, les partenaires et le personnel du réseau de l'évolution de la situation, des mesures mises en place et des ressources disponibles pour rester informé correctement. Pour ce faire, l'Agence a maintenu des contacts étroits avec les autorités de la sécurité civile, du ministère de la Santé et des Services sociaux, des établissements et des partenaires régionaux. Dans un souci de transparence, l'Agence et les établissements ont également offert une grande disponibilité aux représentants des médias.

La diffusion à la population des informations relatives aux activités de vaccination disponibles dans chacun des territoires de CSSS a exigé le déploiement d'une logistique particulièrement complexe. Ainsi, pour en arriver à ce que les horaires de vaccination de chacun des CSSS soient rendus disponibles en temps réel à la population et de façon juste et précise, il fallait composer avec des facteurs hors de notre contrôle, comme l'arrivage des vaccins, les directives ministérielles, les besoins des établissements, les aléas entourant la séquence de vaccination des groupes prioritaires, les contraintes dues à la tombée des hebdos régionaux et la disponibilité des ressources humaines. Malgré les nombreuses incertitudes, nous estimons avoir réussi à relever le défi sans incident particulier.

Un chantier majeur : la vaccination

La vaccination dans la région a débuté le 26 octobre 2009. Le fait d'offrir un vaccin à l'ensemble de la population, dans un délai relativement court, a constitué un défi organisationnel important. Autre première : il s'agissait d'un nouveau vaccin comprenant un adjuvant qui devait être mélangé à l'antigène avant d'être administré. Le vaccin devait être offert selon une séquence de priorisation des clientèles les plus touchées par ce virus. L'identification de ces groupes reposait sur des données issues de la surveillance virologique et reconnues scientifiquement :

1. Les personnes de moins de 65 ans avec maladies chroniques
2. Les femmes enceintes
3. Les enfants de 6 à 59 mois
4. Le personnel soignant des établissements
5. Les jeunes de 5 à 19 ans
6. Les personnes de 20 à 64 ans
7. Les personnes âgées

Dans le contexte où la demande pour la vaccination était importante, l'opération a été compliquée par l'arrivage en petites quantités des lots de vaccins, par le grand nombre de ressources humaines alternatives à recruter, par la recherche de locaux et par le matériel que les établissements devaient avoir en quantité suffisante pour mener à bien cette opération d'envergure.

La réussite obtenue dans ce dossier découle, en très grande partie, de la mobilisation dont les ressources humaines ont fait preuve. Cet exercice a été réalisé grâce à l'implication du personnel du réseau – pour le maintien des services courants à la population – et grâce à l'aide apportée par les retraités, qui ont accepté en grand nombre de revenir pratiquer temporairement leur profession. Le déploiement des ressources humaines alternatives, en particulier au niveau des infirmières, a permis de réaliser cet exercice de vaccination de masse.

Soulignons que l'exercice de vaccination de masse mené les années précédentes dans le cadre de la vaccination contre l'influenza saisonnière, a constitué un atout majeur pour les CSSS, qui avaient alors pu se familiariser avec le modèle de vaccination massive.

Concrètement, plus de 300 intervenants, gestionnaires et bénévoles ont rendu possible la vaccination de plus de 123 000 personnes sur une période de 6 semaines dans près de 40 sites différents au Bas-Saint-Laurent.

La couverture vaccinale

Groupes prioritaires	BSL	Québec
Personnes de moins de 65 ans avec maladies chroniques	65,4 %	65,7 %
Femmes enceintes	67,1 %	63,2 %
Enfants de 6 à 59 mois	83,0 %	78,5 %
Personnel de la santé	80,6 %	50,1 %
Jeunes de 5 à 11 ans	72,3 %	72,9 %
Jeunes de 12 à 17 ans	57,5 %	60,2 %
Adultes de 18 à 64 ans	54,6 %	50,3 %
Personnes âgées de plus de 65 ans	77,9 %	73,0 %
Total	**61,3 %**	**57,3 %**

123 138 personnes ont été vaccinées dans le Bas-Saint-Laurent

Un bilan positif

Malgré l'ampleur des travaux à réaliser et la complexité de la situation, un bilan positif de cette opération sans précédent a été dressé :

- *Une mobilisation exceptionnelle de tous les établissements et des partenaires;*
- *Une implication exceptionnelle du personnel et des gestionnaires du réseau;*
- *Le délestage des activités de nature administrative qui a permis de consacrer les énergies nécessaires à la réalisation des tâches;*
- *Une structure de gestion efficace;*
- *Le taux sans précédent de vaccination du personnel du réseau (80,6 %);*
- *L'application stricte des mesures de prévention des infections dans les établissements, qui aurait permis de diminuer le niveau des infections nosocomiales;*
- *La participation active de la population;*
- *Le fait que la région n'a connu aucun incident déplorable.*

3.3 Programme de santé publique

Prévention des infections nosocomiales

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales relèvent des établissements de santé et l'Agence de la santé et des services du Bas-Saint-Laurent appuie ces derniers dans différentes activités, dont la surveillance, la formation et l'organisation des services. Parmi les activités réalisées en 2009-2010, la prévention et le contrôle de l'influenza A(H1N1) ont mobilisé les ressources, et ce, des mois d'avril à décembre 2009. Par la suite, un projet pilote d'informatisation des activités de gestion des cas et de surveillance d'infections a été développé au Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup ainsi qu'à l'Agence. De plus, l'implication de l'Agence dans les travaux de la Table régionale en prévention des infections nosocomiales est une autre action qui favorise la concertation et la collaboration des établissements de santé de la région.

Axe : Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.1.11	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETP) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	88 %	100 %	88 %

Commentaires

Sur la base du nombre de lits dressés au 31 mars 2010, le ratio recommandé est atteint dans chacun des établissements. Cependant, comme le résultat présenté est calculé sur la base des lits dressés au 31 mars 2009 et que des lits en CHSLD ont été fermés au cours de l'exercice 2009-2010, c'est la raison pour laquelle le résultat ne se situe pas à 100 %.

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Axe : Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocomiales.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.1.17	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	Nouveau	100 %	100 %
1.1.18	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	Nouveau	100 %	83 %

Commentaires

Un des établissements dispose effectivement d'un programme structuré de prévention et de contrôle des infections, mais ce dernier n'a pas encore fait l'objet d'une adoption par son conseil d'administration. Comme l'adoption par le conseil représente le critère retenu pour juger de la fonctionnalité, c'est la raison qui explique le résultat.

* Nouvel indicateur
** Résultats en date du 16 mai 2010

La surveillance de l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de la région permet d'identifier les cas de transmission de pathogènes et d'intervenir adéquatement pour prévenir et contrôler les infections. À cet effet, on observe une baisse de l'incidence de certaines infections dans les établissements de la région et les résultats sont comparables à ceux du Québec. Par exemple, en 2009-2010, le taux d'incidence moyen des diarrhées associées au *Clostridium difficile* d'origine nosocomiale est de 5,8 cas par 10 000 patients-jours dans les hôpitaux de la région et de 6,4 au Québec. Depuis 2006-2007 où l'incidence régionale a été maximale, le taux d'incidence des 6 hôpitaux a diminué de 8,6 à 5,8 cas par 10 000 patients-jours, soit une baisse de 33 % (voir le tableau ci-dessous). Le nombre de nouveaux cas nosocomiaux est passé de 115 en 2006-2007 à 76 en 2009-2010.

Axe : Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, comme prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.1.14	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre DCat-Polio-Hib dans les délais	Nouveau	75 %	60 %
1.1.15	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	Nouveau	75 %	41 %
1.1.16	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins conjuguée contre le pneumocoque dans les délais.	Nouveau	75 %	62 %

Commentaires

À cause de l'étendue du territoire et de la dispersion des populations et par conséquent de l'accessibilité des cliniques de vaccination, il est difficile régionalement d'atteindre la cible. Ceci ne signifie pas pour autant que les enfants ne sont pas vaccinés, mais qu'ils ne le sont pas nécessairement à l'intérieur de la fenêtre d'une semaine prévue au calendrier de vaccination.

Les parents ont également un rôle important à jouer dans le respect des délais. On remarque en effet qu'un certain nombre de parents annulent, reportent leur rendez-vous ou ne se présentent tout simplement pas.

Des modifications dans la fréquence des cliniques et dans leur accessibilité en horaire défavorable sont nécessaires pour améliorer la situation. Certains établissements ont déjà procédé à des réaménagements et d'autres se penchent présentement sur la question.

On constate également que malgré la non-atteinte de la cible, la région se compare avantageusement à la moyenne provinciale.

* Nouvel indicateur
** Résultats en date du 16 mai 2010

Axe : Prévention et contrôle – infections nosocomiales

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
2.2.2 Pourcentage d'installation ayant analysée et éliminée leurs zones grises en hygiène et salubrité	Répertoire	33,3 %	S.O.	44,4 %
	Catégorisation	33,3 %	S.O.	44,4 %
	Accord responsable	31,3 %	S.O.	18,5 %
	Accord au c/a	12,5 %	S.O.	7,4 %
	Application	31,3 %	50 %	20 %

Commentaires

Pour les trois dernières étapes, les résultats de 2008-2009 représentaient la situation de 16 installations sur 27 seulement, ce qui explique que la situation semble s'être détériorée. En fait, il n'en est rien.

Malgré cela, les établissements ont encore beaucoup de travail à faire pour atteindre les objectifs des lignes directrices en hygiène et salubrité.

Il est important de souligner que la venue de la pandémie a retardé grandement les activités pour constituer le répertoire et la catégorisation.

Il y a eu ambiguïté quant à la personne responsable de l'opération et de ce fait, plusieurs établissements ont pris du retard. Encore aujourd'hui, certaines personnes gèrent le processus, mais ne seront pas responsables de faire l'arbitrage ou de négocier les litiges concernant la responsabilité. Plusieurs établissements ont choisi de réaliser le processus selon la criticité des services, ce qui suggère que malgré l'amélioration faible de la deuxième et troisième étape, nos zones les plus à risques sont réglées.

Les outils proposés par le Ministère pour valider les responsabilités sont aidants mais nécessitent que l'on y consacre du temps. Une fois la responsabilité déterminée, il faut s'assurer d'apporter les correctifs nécessaires pour éliminer les zones grises. Ce travail est ardu et nécessite beaucoup d'arbitrage ainsi que des ressources afin de corriger les lacunes identifiées dans les étapes précédentes.

En terminant, les établissements sont conscients de l'importance de clarifier les zones grises tant pour l'amélioration de l'incidence des éclosions d'infections que pour la simple amélioration de l'hygiène et salubrité de leurs installations, mais les activités du quotidien leur donnent de la difficulté à prioriser cette activité.

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 25 mai 2010

Santé environnementale

À l'instar des dernières années, les dossiers importants furent ceux de la filière éolienne et des cyanobactéries (algues bleues). Cette année, huit lacs de notre territoire ont connu des épisodes de cyanobactéries, bien que les normes de toxines n'aient jamais été dépassées.

Encore cette année, nous avons représenté le Ministère pour plusieurs mandats du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement. Nous avons validé le Programme de suivi du projet éolien de Baie-des-Sables et nous avons commenté l'Étude d'impact du projet éolien du Lac Alfred (La Rédemption). Nous avons également validé le décret gouvernemental autorisant le projet de réfection de la route 185 entre Saint-Antonin et Saint-Louis-du-Ha! Ha! Aussi, nous avons participé au processus de consultation interministériel concernant l'implantation d'un établissement porcin à Saint-Épiphane.

Ces activités spécifiques s'ajoutent à notre mandat légal, dont l'élément principal s'articule autour de la surveillance de la qualité de l'eau potable des quelque 400 réseaux de notre territoire. Cette année, 4 réseaux municipaux d'eau potable et 19 réseaux privés ont émis des « Avis de faire bouillir » dus à la présence de bactéries fécales totalisant 36 épisodes. Vingt-trois de nos réseaux municipaux devront effectuer une mise aux normes de leurs installations d'eau potable au cours des prochaines années.

3.4 Services généraux

Service régional Info-Santé et Info-Social

Dans le cadre des orientations ministérielles, le service régional Info-Santé et Info-Social poursuit les travaux reliés à l'accessibilité, à la continuité et à l'optimisation de la réponse téléphonique 24/7.

Le numéro d'appel 8-1-1 rend accessible la réponse téléphonique dans les plus brefs délais. Lors de la pandémie, ce service a dû être rehaussé afin de répondre aux besoins d'information et d'orientation de la population québécoise.

Le service d'enregistrement de clientèle est offert aux usagers à domicile présentant des risques de décompensation ou de déstabilisation. Ils sont inscrits par le service de soutien à domicile des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et par les groupes de médecine familiale (GMF), et ce, pour six CSSS ayant les services de garde infirmière 24/7.

Dans ce contexte, à la suite d'un enregistrement de la clientèle, la complémentarité et la continuité du service régional Info-Santé se traduisent par une réponse personnalisée de l'infirmière d'Info-Santé. Selon les données recueillies et les besoins du client, l'infirmière d'Info-Santé pourra y répondre, faire intervenir l'infirmière de garde du CSSS ou recommander de se rendre à l'urgence si l'état le requiert. Selon les consignes préétablies, elle pourra communiquer avec un médecin désigné.

En 2009-2010, 100 859 appels ont été faits à ce service, dont 19 627 furent abandonnés. Ce service dispensé par le CSSS de La Mitis est de plus en plus utilisé (10 988 appels de plus que l'année précédente). Au total, 81 174 appels ont été traités par les infirmières du service Info-Santé sans qu'une orientation soit jugée nécessaire, soit 80,48 % des appels.

Répertoire des ressources

Ce répertoire est un bottin de plus de 29 018 ressources de la province, dont 830 proviennent du Bas-Saint-Laurent. Il est un outil indispensable au service régional Info-Santé et Info-Social, et aux CSSS afin d'orienter la clientèle vers les ressources appropriées.

Des travaux ont été réalisés pour améliorer l'accessibilité et la mise à jour continue de ces ressources. L'objectif des taux de mise à jour du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est de 95 % et l'Agence est confiante d'atteindre cet objectif au cours de l'automne 2010. Afin d'assurer la qualité de l'information inscrite au répertoire, les CSSS, le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent ont nommé un pilote local. Les pilotes locaux sont appuyés par un pilote régional en regard de la formation, des conseils et de l'information. L'Agence soutient financièrement la formation de ces formateurs locaux et du formateur régional.

Un guide régional a été élaboré afin d'assurer un fonctionnement uniformisé.

Perspectives

La mise à jour du répertoire des ressources est un incontournable. Le défi, tant local que régional, est continu. Sur le site de l'Agence du Bas-Saint-Laurent, nous pourrons progressivement avoir accès à l'information sur les ressources de notre territoire au cours de l'année 2010-2011.

Violence conjugale et agression sexuelle

Violence conjugale

Dans le cadre du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale, l'Agence a effectué différentes activités, dont un événement majeur, la Journée régionale en violence « Agir sur ses différents visages ». La programmation de cette journée a permis d'assurer la participation des différents partenaires concernés par la violence.

Aussi, dans le cadre d'une subvention non récurrente allouée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, des sommes ont été versées aux tables locales en violence conjugale afin de soutenir des projets tels que l'impression et la diffusion de documents, des activités de sensibilisation grand public, des formations à des intervenants, la production d'outils de référence et autres.

Au cours de la présente année, le protocole sociojudiciaire a continué de s'appliquer. Les organismes concernés ont effectué environ 70 accompagnements.

De plus, dans le cadre de la mesure 6 du Plan d'action gouvernemental, l'Agence a continué d'investir, conjointement avec deux commissions scolaires, dans un projet pilote visant l'engagement d'une personne-ressource qui favorisera l'intégration d'activités d'éducation à la sexualité pour la clientèle du 1er cycle du secondaire.

La Table de concertation régionale en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle s'est réunie à deux reprises au cours de l'année.

Une procédure pour la récupération des effets personnels a été élaborée conjointement avec la Sûreté du Québec. Cette procédure précise les modalités pour obtenir une présence policière lorsqu'une victime de violence conjugale récupère ses effets personnels à son domicile. Ce document a été distribué à tous les organismes concernés.

Agression sexuelle

Pour ce qui est des orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle 2008-2013, l'Agence a poursuivi des activités de soutien et d'appui aux centres désignés. Une rencontre annuelle a été organisée avec ces derniers pour assurer le suivi des services dispensés aux victimes. Lors de cette rencontre, une demi-journée a été consacrée à une réunion conjointe avec les policiers, les procureurs, le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), le Centre de prévention et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent et le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) pour échanger sur des problématiques vécues et partager de l'information. L'Agence a également procédé à une réimpression du dépliant sur les ressources pour les victimes d'agression sexuelle du Bas-Saint-Laurent, qu'elle a distribué avec le guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle.

De plus, deux formations sur la trousse médicolégale et médicosociale ont été dispensées aux médecins et au personnel infirmier des centres désignés.

De même, l'Agence appuie le CALACS de Rimouski dans la diffusion d'un outil pour lutter contre l'hypersexualisation. Il s'agit d'un guide qui a été publié à l'automne 2009 à raison de 20 000 exemplaires. Quelque 6 000 exemplaires ont été réimprimés pour une diffusion provinciale grâce au financement que le CALACS de Rimouski a obtenu du ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine.

L'Agence a aussi participé aux travaux du comité consultatif du Centre-Femmes du Grand-Portage en regard du projet « Drogues du viol : pas dans mon bar! »

3.5 Programme de santé physique

Services préhospitaliers

Centre de communication santé – CAUREQ

Le Centre de communication santé – CAUREQ, qui occupe ses nouveaux locaux depuis février 2009, a procédé, au cours de l'année financière 2009-2010, à l'ajout des ressources humaines requises lui permettant d'exercer plus efficacement ses fonctions d'affectation et de répartition des ressources préhospitalières sur le territoire desservi.

De plus, étant donné la desserte de trois régions administratives et un volume d'appels toujours croissant, il devenait nécessaire de procéder à la réorganisation du centre de relève situé dans les locaux du CSSS de La Mitis. Les travaux de ce centre de relève, qui s'achèveront sous peu, permettront d'assurer une redondance des services à la population en cas de ruptures de lignes téléphoniques ou autres bris majeurs. Le centre devrait être pleinement fonctionnel au cours du mois de juin 2010.

Programme d'assurance qualité

Le nouveau progiciel provincial d'assurance qualité est utilisé dans la région depuis le 1er avril 2009. Cet outil nous permet maintenant de faire la révision de plusieurs interventions de la pratique préhospitalière (réanimation, assistance ventilatoire, programme d'administration des cinq médicaments, ECG 12 D, traumatologie majeure, refus de transport) et sortir ainsi les données exigées (critères de performance) au plan clinique provincial. Des indicateurs de performance précis ont été retenus par la Table des directeurs médicaux pour chaque sphère de la pratique des techniciens ambulanciers-paramédics (TAP). Toutes les régions doivent s'y conformer. Nous pourrons ainsi comparer les différentes régions et améliorer les pratiques en nous référant aux régions les plus performantes.

Statistiques (période du 1er avril 2009 au 31 mars 2010)

Protocoles de réanimation

- Arrêts cardiorespiratoires totaux : 275
- Tentatives de réanimation : 108
- Possibilités de réanimation : 52
- Retours de pouls en préhospitalier : 8
- Admissions à l'hôpital : 4

Autres statistiques

	Nombre d'interventions recensées	Nombre d'interventions révisées	% des patients dont l'état s'est amélioré	Taux de conformité	Cible (plan qualité)
Douleurs thoraciques d'origine cardiaque probable	646	645	80 %	82,86 %	95 %
Difficultés respiratoires	1 026	1 022	84,04 %	96,3 %	95 %
Hypoglycémie	52	52	92,5 %	90,38 %	90 %
Réactions allergiques	34	33	100 %	81,82 %	90 %

Programme de formation

En respect du plan de formation provincial déterminé par le MSSS pour 2007-2011, l'Agence a dispensé quatre jours de formation de huit heures à l'ensemble des TAP de la région.

Octobre 2009 à janvier 2010

- Initiation aux arythmies cardiaques;
- Appréciation clinique préhospitalière.

Février à avril 2010

- ECG 12 Dérivations (huit heures);
- Utilisation du nouvel appareil de défibrillation (huit heures).

Premiers répondants

Une mise à niveau des protocoles d'intervention clinique des premiers répondants, incluant la réanimation cardiorespiratoire, la défibrillation externe automatisée et la formation EpiPen, a été donnée à l'ensemble des trois services de premiers répondants de la région, soit Auclair, Packington et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs. Une recertification RCR-DEA et EpiPen a été dispensée aux premiers intervenants de la Traverse Rivière-du-Loup – Saint-Siméon.

Des travaux sont en cours avec la MRC de La Matapédia en vue de développer et de mettre en place un service de premiers répondants dans le secteur de Causapscal et dans les municipalités avoisinantes.

Moniteurs défibrillateurs semi-automatiques

En janvier 2010, l'Agence débutait les démarches de remplacement des appareils actuels utilisés par les techniciens ambulanciers-paramédics (TAP) de la région. Faisant suite à un processus d'appel d'offres provincial et conformément au calendrier de déploiement des appareils prévu par le MSSS, l'Agence a procédé à l'acquisition et à la mise en fonction des appareils en avril 2010.

Ces appareils munis d'électrocardiogrammes 12 dérivations permettront aux TAP d'identifier rapidement un infarctus aigu du myocarde sur la scène, auprès du patient. La formation obligatoire pour l'ensemble des 180 TAP de la région s'est déroulée de février à avril 2010. Optimisation de la prise en charge du patient, traitement plus rapide, amélioration des résultats, voilà quelques-uns des nombreux avantages de ces nouveaux appareils dont les ambulances de la région sont dotées.

Positionnement des véhicules ambulanciers

Depuis le mois de mai 2009 pour la zone ambulancière de Rimouski (24 h/7 j) et depuis juillet pour le secteur de Causapscal (5 h/5 j), un déploiement dynamique de la flotte ambulancière est effectué. Les véhicules ambulanciers sont positionnés à des points stratégiques afin d'améliorer les services à la population en assurant de façon générale une diminution des temps de réponse lors d'une demande d'accès à un véhicule ambulancier.

Politique de déplacement des usagers

Une version corrigée et finale de la politique de déplacement des usagers (circulaire ministérielle) a été publiée et déposée sur le site du MSSS le 26 mars 2010. Cette circulaire comporte quelques modifications, mais elle vise essentiellement la clarification et une meilleure interprétation des particularités s'appliquant selon les types de déplacement des usagers.

La politique régionale actuelle de l'Agence sera modifiée et adaptée pour tenir compte de ce nouveau document officiel au cours de la prochaine année financière.

Cégep de Rivière-du-Loup

Une cohorte de trente étudiants, dont dix du Bas-Saint-Laurent, terminait le programme d'attestation d'études collégiales en septembre 2009. Il s'agissait de la dernière cohorte de ce programme.

Le Cégep offre maintenant une formation collégiale (DEC) en soins préhospitaliers d'urgence. Quarante-sept étudiants sont présentement inscrits à ce programme et les premiers finissants termineront en juin 2011.

Projet d'informatisation des formulaires utilisés

Les travaux visant à informatiser les formulaires utilisés au préhospitalier, amorcés en région en 2006 et temporairement suspendus, seront repris en cours d'année.

Services médicaux et hospitaliers

Organisation générale des services et perspectives

Dans le but de consolider le processus d'intégration des missions des installations à l'intérieur des CSSS dans une véritable perspective de réseaux locaux de services (RLS), la Direction des affaires médicales, universitaires et des services hospitaliers a proposé un document de travail qui a servi à amorcer la réflexion des gestionnaires et professionnels des établissements quant à l'organisation des services de 1re, 2e et 3e lignes. Les problèmes prioritaires à résoudre, les principes directeurs qui doivent sous-tendre l'organisation des services médicaux et les objectifs à atteindre ont obtenu l'adhésion des membres de la Table des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) et du Département régional de médecine générale (DRMG).

Les axes d'intervention en 1re ligne visent à :

- Assurer l'accès à un médecin de famille;
- Consolider l'organisation de la pratique de groupe en équipe interdisciplinaire;
- Créer des liens fonctionnels avec les 2e et 3e lignes;
- Soutenir l'organisation de la pratique en 1re ligne quant aux pratiques probantes et à l'organisation efficiente des cabinets;
- Mesurer annuellement l'atteinte des cibles organisationnelles et cliniques et faire la rétroaction nécessaire auprès des RLS, du DRMG et de la TRCDMS.

Quant aux travaux concernant les 2e et 3e lignes, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a décidé de consacrer ses énergies à l'organisation des services d'anesthésiologie et de chirurgie générale. Un comité de travail a été créé et une première rencontre a permis de faire consensus sur les problèmes d'organisation et de recrutement; les travaux se poursuivront au cours de la prochaine année et un plan régional devrait être soumis à la TRCDMS.

Activités médicales particulières

Catégories	AMP
i	Urgence
ii	Soins aux usagers admis en soins de courte durée (hospitalisation)
iii	Dispensation de services médicaux impliquant une garde en disponibilité : • CHSLD • Centre de réadaptation • Programme de soutien à domicile d'un CLSC
iv	Obstétrique

Les secteurs prioritaires pour lesquels les médecins omnipraticiens peuvent comptabiliser des heures comme activités médicales particulières (AMP) demeurent les catégories i à iv, telles qu'indiquées au tableau ci-dessous.

Cette année, 10 nouvelles demandes d'adhésion ont été confirmées par le comité de direction du DRMG et 88 renouvellements ou modifications ont été effectués et vérifiés. Le DRMG soutient l'équité entre ses membres lors de l'évaluation de chaque demande d'AMP. Il vérifie régulièrement la conformité de l'engagement des médecins à l'entente sur les AMP et, dans une minorité de cas, a demandé aux médecins de s'y conformer.

Étant donné les secteurs prioritaires non comblés, les activités de catégories v et vi (soutien à domicile et garde en disponibilité) ont été refusées et l'engagement antérieur de certains médecins comprenant ces secteurs d'activité a été révisé.

Par ailleurs, une section AMP a été créée sur le site Internet de l'Agence. Les omnipraticiens peuvent y retrouver facilement une liste d'AMP disponibles sur le territoire, l'entente ayant pour objet les activités médicales particulières et le formulaire d'adhésion y afférent.

Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique

Au 30 novembre 2009, 250 médecins étaient installés au Bas-Saint-Laurent, le même nombre que l'année précédente; l'arrivée de 11 médecins a compensé le départ de 11 autres.

Le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique 2010, adopté le 15 décembre 2009 par le conseil d'administration de l'Agence, présentait un rehaussement autorisé de dix postes auxquels étaient ajoutés les trois postes inutilisés du PREM 2009. Les treize postes ont été répartis entre les MRC sur la base de l'indice intrarégional d'équité qui reflète l'atteinte des besoins reconnus dans chaque territoire. Deux postes ont été attribués dans le Kamouraska, cinq dans le Témiscouata, quatre dans Les Basques, un dans La Matapédia et un dans Matane.

Conformément à une entente intervenue entre les agences de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et du Bas-Saint-Laurent, un poste additionnel en omnipratique a été transféré au Bas-Saint-Laurent pour consolider le service d'obstétrique du CSSS de Matane. Ce CSSS dessert les femmes du territoire du CSSS de la Haute-Gaspésie, actuellement en pénurie de médecins accoucheurs. Cette mesure exceptionnelle permettant le recrutement d'un médecin supplémentaire porte à 14 le nombre de médecins qui obtiendront leur avis de conformité pour pratiquer au Bas-Saint-Laurent en 2010.

À cet effet, une entente de service interétablissement a été conclue entre les CSSS de Matane et de la Haute-Gaspésie pour actualiser ce prêt d'effectif conformément au protocole d'entente conclu entre les agences du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Deux autres médecins ont, par ailleurs, obtenu l'autorisation de pratiquer sans avis de conformité au CSSS de Témiscouata jusqu'à la prochaine année du PREM, où ils devront faire une demande officielle. Au cours de l'année 2010, 5 départs et 16 arrivées sont prévus, ce qui porterait le nombre d'omnipraticiens à 261.

Plan régional des effectifs médicaux spécialisés

Considérant le nombre élevé de postes vacants en médecine spécialisée dans tous les établissements de santé du Québec (environ 770), le Ministère a décrété la prolongation de la période d'application des PREM 2009 en spécialité jusqu'au 30 novembre 2010, soit la fin prévue de l'année du PREM 2010. Malgré ce moratoire, quelques changements ont été apportés au plan d'effectifs : l'ajout d'un poste en radio-oncologie au CSSS de Rimouski-Neigette à la suite des recommandations du Comité consultatif provincial en radio-oncologie et du transfert d'un poste vacant en médecine d'urgence, du CSSS de Rimouski-Neigette vers le Centre hospitalier universitaire de Québec. Comme ces 2 changements s'annulent, le plan autorisé d'effectifs est resté le même en 2010, soit 222 postes.

L'imposition du moratoire avait pour but de permettre aux agences de procéder à l'analyse des postes vacants et d'en évaluer la pertinence. À la suite des travaux menés, l'Agence a reconduit les 25 postes vacants de son plan d'effectifs, situation qu'a intégralement recommandée la Table PREM RUIS de l'Université Laval auprès du Ministère. Les résultats des travaux des quatre tables PREM RUIS devraient être connus un peu plus tard au printemps 2010.

Actuellement, 185 médecins spécialistes sont installés au Bas-Saint-Laurent, ce qui représente une croissance nette de 9 médecins par rapport à l'année précédente, résultant de 13 arrivées et de 4 départs. Au cours de l'année 2010, 15 arrivées et 4 départs sont prévus, ce qui devrait porter le nombre de spécialistes à 196.

Mesures de soutien

En 2009-2010, huit bourses de formation spécialisée, neuf primes d'installation et six bourses de perfectionnement ont été accordées dans le cadre du programme des mesures incitatives non négociées en régions désignées. Deux médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis, candidats au permis restrictif d'exercice de la médecine, ont

également bénéficié d'une aide financière dans le cadre du même programme au cours du stage d'évaluation exigé par le Collège des médecins du Québec. Quinze formations médicales continues organisées par des médecins du Bas-Saint-Laurent ont reçu un soutien financier, au bénéfice de 267 médecins du territoire. Un projet de mise à jour de guides cliniques pratiques pour tous les médecins de la région et une formation de l'Université Laval à l'intention des médecins d'urgence ont également été financés. Par ailleurs, 19 étudiants en médecine ont réalisé un stage d'été tandis que 30 autres ont poursuivi un stage d'immersion clinique dans l'un des 8 CSSS du Bas-Saint-Laurent.

Au cours de l'année académique 2008-2009, 107 externes et 69 résidents en médecine familiale et en spécialités ont réalisé un stage dans les établissements du Bas-Saint-Laurent, pour un total de 445 périodes-stages. Pour l'année académique 2009-2010 qui se terminera le 30 juin 2010, 540 périodes-stages étaient planifiées dans les mêmes programmes.

Groupe de médecine de famille

Au 1er avril 2010, le Bas-Saint-Laurent compte :

- 8 groupes de médecine de famille (GMF);
- 124 médecins partenaires;
- 77 755 personnes inscrites dont 27 880 sont vulnérables, soit 36 % du total des inscriptions.

Le 17 juillet 2009, le GMF du Fleuve, premier GMF dans la MRC de Rimouski-Neigette, reçoit son accréditation. C'est un GMF privé regroupant 3 cliniques médicales et financé sur la base de 9 000 inscriptions. Douze médecins sont partenaires dans ce projet. Une entente avec le CSSS de Rimouski-Neigette a permis de combler les 20 heures manquantes pour l'embauche de 2 infirmières à temps complet. Pour le moment, une entente avec l'urgence du CSSS vient compléter l'offre de service les vendredis soir et la fin de semaine. Le GMF devra compléter son offre de service d'ici la fin de son accréditation pour conserver son statut de GMF complet.

Le Département régional de médecine générale a procédé au deuxième renouvellement de l'accréditation du GMF des Basques, du GMF Lafontaine et du GMF de La Matapédia, ainsi qu'au premier renouvellement de l'accréditation du GMF du Témiscouata et de celui de La Mitis.

Trois projets GMF sont en cours dans la région :

- Au Kamouraska, 13 médecins pratiquant dans 4 cliniques médicales et ayant une clientèle estimée à 15 000 patients souhaitent démarrer un GMF complet d'ici l'été.
- À Rimouski, sept médecins œuvrant dans une clinique médicale ont exprimé à l'Agence leur souhait de se regrouper en GMF à statut progressif.
- À Pohénégamook, un groupe de médecins souhaite constituer un GMF. Une rencontre a eu lieu avec le médecin responsable de ce projet et les responsables du GMF de Témiscouata afin d'évaluer les avantages d'un GMF autonome ou d'un regroupement. L'évaluation de ce projet est en cours.

Un projet ayant pour but de doter les GMF de notre région d'un dossier médical électronique (DME) se poursuit. Six GMF ont déployé la Clinique médicale virtuelle (CMV) d'OmniMed. Plusieurs améliorations ont été apportées à l'application. Le médecin peut maintenant obtenir les résultats de laboratoire pour ses patients, quel que soit le CSSS de la région où l'analyse a été faite.

Différentes actions ont permis de faire avancer l'utilisation de l'informatique clinique dont, entre autres, l'embauche d'une pilote informatique, la création d'un comité d'utilisateurs et le transfert de la CMV sous une gouverne clinique. Une formation en gestion du changement a été offerte aux adjointes administratives afin de les aider à mieux jouer leur rôle et de permettre l'intégration de ces nouveaux outils de travail.

À la suite des consultations auprès des utilisateurs de la CMV, un document regroupant toutes les demandes d'amélioration pour le prescripteur a été transmis à la compagnie OmniMed. Une

rencontre regroupant OmniMed, l'Agence et les médecins responsables des GMF s'est tenue. Ces améliorations devraient être réalisées en trois phases d'ici la fin de l'année. La mobilisation de tous les médecins responsables, dans ce projet, fut un élément très positif.

Le GMF de Témiscouata, qui comprend 6 sites et dessert près de 12 000 personnes, s'est vu offrir l'ajout d'une ressource infirmière à mi-temps pour un an afin de consolider les suivis systématiques grâce à l'utilisation des surplus régionaux GMF.

Les infirmières GMF ont été invitées à participer à une rencontre régionale au cours de laquelle elles ont pu échanger sur leurs outils cliniques et partager leur expertise. Une banque d'outils régionale a été créée afin de mettre en ligne, par le biais de Lotus Notes, les protocoles et les ordonnances collectives utilisés dans les GMF. De la formation sur l'hypercholestérolémie a été offerte aux infirmières par le Dr Gilles Côté, médecin-conseil de l'Agence, et une présentation sur le dépistage du cancer du sein a été effectuée par le Dr Gabriel Houle.

Les médecins responsables des GMF et les adjointes administratives se sont réunis à deux reprises en table de concertation régionale. L'évolution du dossier DME et le nouveau processus d'informatisation des GMF y ont été discutés. Une représentante de la Sogique a expliqué le rôle de l'équipe suprarégionale qui soutient le GMF et le conseille dans ses choix lors de ce nouveau processus. Des représentants du Technocentre régional (TCR) ont également expliqué aux médecins responsables le rôle du TCR dans l'éventualité où il deviendrait un centre de soutien informatique aux GMF.

Unités de médecine familiale

Les Basques

L'Unité de médecine familiale (UMF) multisite des Basques – territoire KRTB (Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata, Basques) a été accréditée en 2007 et peut accueillir douze médecins résidents. Elle reçoit également des externes durant leur formation. L'UMF, qui compte neuf médecins superviseurs, forme actuellement cinq résidents, dont deux compléteront leur formation en juillet prochain. L'un d'entre eux pratiquera la médecine familiale aux Basques et l'autre poursuivra sa formation en médecine d'urgence à Montréal.

Les aménagements physiques nécessaires à l'accueil des étudiants au CSSS de Kamouraska débuteront sous peu et devraient être complétés au cours de 2010. Les aménagements nécessaires au CSSS de Rivière-du-Loup devraient, quant à eux, être complétés au cours de la prochaine année.

Le budget de fonctionnement de l'UMF des Basques s'élève à 863 602 $ pour 2009-2010.

Rimouski

Douze médecins supervisent les résidents de l'UMF de Rimouski qui peut former seize résidents en médecine de famille. L'UMF accueille également des externes et des résidents en spécialités. En 2009-2010, l'UMF a exceptionnellement accueilli neuf résidents de première année et dix résidents de deuxième année. Sur les dix finissants de cette année, quatre s'installeront au Bas-Saint-Laurent (un à La Mitis, deux aux Basques et un à Matane), deux à Chandler, en Gaspésie, un pratiquera dans le cadre du mécanisme de dépannage, un autre poursuivra sa formation en soins palliatifs et, enfin, deux s'installeront respectivement en Beauce et dans la région de Montréal.

Le budget de fonctionnement de l'UMF de Rimouski s'élève à 542 205 $ pour 2009-2010.

Services d'urgence

Le suivi des indicateurs de performance de l'ensemble des urgences de la région démontre une amélioration de la situation des patients sur civière. La durée moyenne de séjour (DMS) des patients sur civière est passée de 13,5 à 10,9 heures, ce qui est en deçà de la cible ministérielle de 12 heures. La DMS des

patients de 75 ans et plus est passée de 18,4 à 15,1 heures. Malgré ce progrès, la cible ministérielle de 12 heures n'est pas atteinte. Il y a 3 % des patients qui sont restés sur civière plus de 48 heures et 6,4 % d'entre eux étaient âgés de plus de 75 ans. Bien que ces résultats soient positifs, les cibles fixées aux ententes de gestion ne sont pas atteintes, étant respectivement de 2 et 3 %.

On observe aussi une hausse de la performance pour la DMS sur civière des patients présentant un problème de santé mentale, qui est passée de 11,6 à 10,7 heures. De plus, 2,7 % de ces patients ont séjourné sur civière plus de 48 heures.

Le portrait global de la situation des urgences du Bas-Saint-Laurent, pour les principaux indicateurs de performance, se compare favorablement au portrait national. En effet, les résultats des indicateurs sont nettement en deçà de la moyenne provinciale.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que trois autres établissements (CSSS de Kamouraska, CSSS des Basques et CSSS de La Matapédia) figurent maintenant au registre des urgences de la Direction nationale des urgences. Compte tenu des performances en deçà des cibles ministérielles pour deux de ces établissements, ceux-ci pondèrent à la baisse le résultat global de la région. De plus, on remarque aussi une très légère baisse de l'achalandage pour les établissements dont les données étaient déjà comptabilisées l'année dernière.

Bien que les résultats soient positifs pour la région, il faudrait tout de même souligner un phénomène qui persiste, soit l'occupation des lits de courte durée par la clientèle orientée longue durée ou en cours d'évaluation. Cette réalité diminue considérablement les solutions à envisager lors de la gestion des lits quotidienne, ce qui engendre l'encombrement des urgences.

Axe : Services d'urgence – santé physique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :
- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

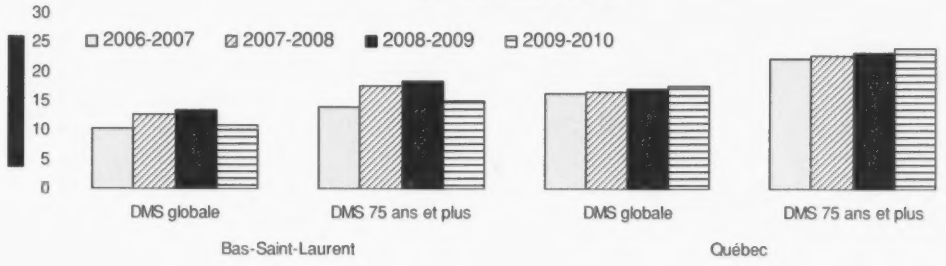
Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.9.1	Séjour moyen sur civière	13,5	12	10,9
1.9.2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	18,4	12,5	15,1
1.9.3	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	4,9 %	2 %	3 %
1.9.4	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	9,4 %	3 %	6,4 %

Commentaires

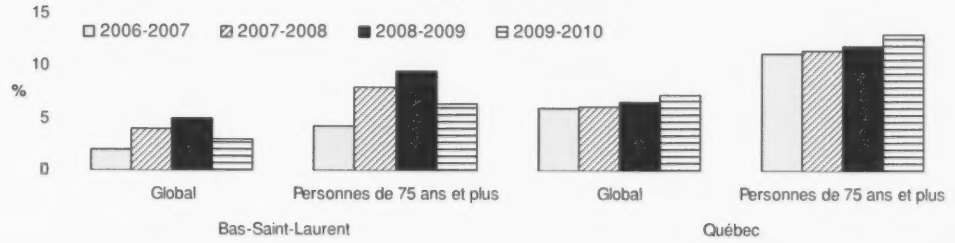
Le portrait présenté ci-dessus reflète maintenant la situation de l'ensemble des urgences de la région, contrairement à l'année précédente où seulement quatre urgences sur sept faisaient l'objet d'un monitorage.

La situation présentée dans les graphiques qui suivent démontre clairement que la situation régionale se compare très favorablement à ce qui est observé dans l'ensemble du Québec, et ce, tant au niveau des résultats que des tendances. D'ailleurs, le palmarès des urgences du Québec démontre que les établissements de la région ont soit amélioré ou maintenu leur cote par rapport à l'exercice précédent.

Séjour moyen sur civière à l'urgence, Bas-Saint-Laurent et Québec, 2006-2007 à 2009-2010



Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière, Bas-Saint-Laurent et Québec, 2006-2007 à 2009-2010



* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Traumatologie

L'Agence a exercé une surveillance des ruptures de services médicaux dans les établissements de notre territoire et sur les impacts sur notre réseau régional de traumatologie.

Un bilan du Plan directeur régional en traumatologie 2006-2009 a été déposé aux fins d'analyse par l'équipe de l'Évaluation du continuum de services en traumatologie de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Le bilan est accepté tel que déposé. Toutefois, puisque plusieurs cibles prévues du plan n'ont pas été réalisées, celles-ci devront être réintroduites ainsi que les mesures concrètes s'y rattachant dans le cadre du nouveau Plan directeur régional 2009-2012.

Le Plan régional d'organisation de services pour la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL) a aussi fait l'objet d'une analyse par l'AETMIS tenant compte des indicateurs de qualité décrits au programme TCCL et des attentes visant l'implantation des orientations ministérielles. Le plan d'organisation est accepté comme proposé, sous réserve de l'application et du suivi des recommandations émises dans le rapport d'évaluation de l'AETMIS.

Des travaux seront entrepris par le Comité régional de traumatologie du Bas-Saint-Laurent pour la mise à jour de ces dossiers, au cours de 2010-2011.

Télésanté (volet PACS)

Le déploiement d'un système régional d'imagerie médicale numérisé permettant l'acquisition, l'archivage et la transmission des images radiologiques entre les établissements de notre région s'est terminé en décembre 2009. Ainsi, tous nos établissements de santé dotés de service de radiologie (neuf sites) peuvent désormais archiver et transmettre l'imagerie produite aux médecins et autre personnel soignant. Ce système connu des intervenants du réseau sous l'acronyme PACS s'inscrit dans le cadre des projets télésanté du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) Laval en lien avec le Dossier de santé du Québec (DSQ). Fort de ce nouveau système d'application clinique, les établissements de la région développent progressivement, et selon leurs besoins, des ententes de service professionnelles permettant d'offrir des services de lecture radiologique à distance, évitant ainsi des ruptures de services médicaux et bon nombre de transferts de patients. Nous sommes donc en mesure de consolider notre offre de service régionale en radiologie, tout en assurant une plus grande autonomie régionale.

Radio-oncologie

En 2009-2010, le service de radiothérapie de l'Hôpital régional de Rimouski a traité 879 patients comparativement à 801 pour l'année précédente, ce qui représente une augmentation de 9,7 % de la clientèle desservie. En ce qui concerne le délai d'attente de ces patients, 99,6 % d'entre eux (876/879) ont débuté leurs traitements à l'intérieur du délai maximal d'attente de 4 semaines fixé par le Ministère. Les trois patients identifiés comme hors délai ont, pour leur part, débuté leurs traitements au cours de la cinquième semaine d'attente. Rappelons ici que la cible ministérielle en cette matière est de 90 % de la clientèle traitée à l'intérieur de quatre semaines. L'an dernier, cette cible a également été atteinte et, tout comme pour cette année, largement dépassée puisque le résultat obtenu était de 99,3 %. On constate donc l'excellente performance de cet établissement en regard de sa capacité à prendre en charge sa clientèle et à lui offrir un plan de traitement en radiothérapie respectant les délais d'attente médicalement acceptables.

Activités chirurgicales

Le mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés étant en vigueur depuis plus de deux ans, les établissements de notre région ont dû réviser leur processus de gestion afin d'optimiser la

production chirurgicale dans le but d'une meilleure prise en charge des patients en attente de chirurgie. Afin de respecter les attentes ministérielles, l'Agence a donc exercé une vigilance accrue des listes d'attente afin d'enrayer les chirurgies réalisées hors délai.

La production chirurgicale totale pour l'ensemble des établissements du Bas-Saint-Laurent est de 13 233 interventions. La cible fixée était de 14 294 interventions. Ce résultat représente une légère diminution par rapport à l'année 2008-2009 où la production chirurgicale totale était de 13 335 interventions. Cette baisse est principalement attribuable à la diminution du nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant les prothèses totales de la hanche et du genou [PTH et PTG]) et du nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant les cataractes). Toutefois, il faut mentionner le dépassement des cibles fixées aux ententes de gestion pour le nombre de chirurgies de la cataracte, de PTG et de PTH réalisées pour les trois établissements producteurs de ces chirurgies.

Axe : Chirurgie

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.9.11	Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	171	149	188
1.9.12	Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	244	229	246
1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	2 231	1 674	1 942
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	5 210	5 296	5 298
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	3 844	4 738	3 898

Commentaires

Les volumes d'activité sont demeurés relativement stables. Les problèmes en anesthésiologie sont toujours bien présents et ne permettent pas des productions plus importantes dans un des plus importants centres de la région.

Malgré la situation, les listes d'attente des établissements ont diminué dans leur ensemble ainsi que le nombre de hors délais, alors que la durée moyenne d'attente pour une chirurgie est stable.

* Résultats en date du 11 mai 2009, formulaire 200 de Gestred
** Résultats en date du 16 mai 2010, formulaire 200 de Gestred

La durée moyenne d'attente pour toutes les catégories de chirurgies réalisées sur le territoire de l'Agence, pour l'année 2009-2010, était de 7,6 semaines comparativement à 7,1 semaines en 2008-2009. Ce résultat se situe sous la moyenne provinciale qui est de 8,9 semaines. Cependant, l'attente moyenne pour une arthroplastie de la hanche a sensiblement augmenté, passant de 13,8 à 15,6 semaines. La même situation s'observe pour l'attente moyenne pour l'arthroplastie du genou qui est passé de 13,2 à 17 semaines. Malgré ces augmentations, il s'avère important de souligner que la durée moyenne d'attente pour chaque catégorie de chirurgies respecte les délais prescrits par le MSSS.

Axe : Chirurgie				
Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.			
Indicateurs		***Résultats* 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats** 2009-2010***
1.9.20	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	95,6 %	90 %	86,9 %
1.9.21	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	96,7 %	90 %	85,2 %
1.9.22	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	95,9 %	90 %	99,8 %
Commentaires				
La région a connu une diminution de sa performance, mais se situe tout de même au niveau de la moyenne nationale. Cette diminution n'est pas attribuable à une diminution de la production puisqu'au contraire, il s'est fait 17 interventions additionnelles au niveau des hanches et 2 pour ce qui est des genoux.				

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Pour l'année 2009-2010, le pourcentage d'interventions réalisées à l'intérieur des délais prescrits par les orientations ministérielles est de 96,2 %. Il faut toutefois pondérer ce résultat pour chaque catégorie de chirurgies. En effet, les interventions réalisées hors délai représentent 4,8 % pour les chirurgies d'un jour, 2,5 % pour les chirurgies avec hospitalisation ainsi que 0,2 % pour les chirurgies de la cataracte. Toutefois, 13,1 % des arthroplasties de la hanche et 14,8 % des arthroplasties du genou ont été réalisées en dehors du délai prescrit par le MSSS, soit 6 mois. Cette situation est principalement attribuable au fait que la durée d'attente moyenne pour les PTH et les PTG du CSSS de Matane a presque doublé et qu'il y a seulement un orthopédiste.

Il est à souligner que le CSSS de La Matapédia, le CSSS de Kamouraska ainsi que le CSSS de Témiscouata ont réalisé 100 % de leurs chirurgies avec hospitalisation dans les délais prescrits et qu'à la fin de la période 13, ces établissements n'avaient aucun cas de chirurgie en attente hors délai.

CSSS affilié universitaire régional

Contexte du développement de la mission universitaire au Bas-Saint-Laurent

Au cours des dix dernières années, les admissions dans les facultés de médecine ont doublé, générant une pression sans précédent sur les milieux cliniques de formation des établissements à désignation universitaire, de même que sur les médecins y œuvrant. À l'Université Laval, l'augmentation des clientèles étudiantes impose le déploiement de milieux de stage sur l'ensemble de son territoire. Fort de son expérience de plus de vingt ans, grâce à son unité de médecine familiale affiliée à l'Université Laval, le CSSS de Rimouski-Neigette, par l'entremise de l'Hôpital régional de Rimouski, constitue la principale occasion de développement pour l'enseignement clinique sur le territoire du RUIS-UL.

En plus de contribuer à l'implantation de nouveaux milieux de stage pour la formation clinique, le développement de la mission universitaire au CSSS de Rimouski-Neigette est non seulement fondamental pour assurer la vitalité de notre réseau, mais doit aussi contribuer à consolider les services dispensés loin des grands centres, et ce, pour tout l'Est-

du-Québec. De même, l'implantation d'un pôle de formation et de recherche en santé au Bas-Saint-Laurent devrait favoriser la collaboration entre les établissements avec ou sans désignation universitaire, la Faculté de médecine de l'Université Laval et les agences de la santé et des services sociaux du territoire par une participation accrue des acteurs de l'Est-du-Québec au développement de la mission du RUIS-UL, notamment pour l'organisation des corridors de services et d'enseignement.

Les grands objectifs

Depuis plusieurs mois, le CSSS de Rimouski-Neigette travaille en étroite collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent au développement de la mission universitaire. À terme, le projet doit mener à l'obtention d'une désignation de *centre affilié universitaire régional* pour ce CSSS et à la décentralisation d'une cohorte d'étudiants en médecine dans le cadre d'un *Campus médical satellite* tel qu'expérimenté par le CSSS de Chicoutimi.

Un programme de formation à l'externat unique

La formation d'une cohorte complète d'externes constituant le principal défi pour l'atteinte de nos objectifs, les énergies ont été concentrées à développer le programme de formation à l'externat. Ce programme unique favorisera l'exposition des étudiants à la médecine familiale, de même que l'intégration des savoirs pratiques dans un contexte multidisciplinaire et de continuité des soins. Ce dernier fut élaboré conjointement à l'identification des principales contraintes à l'accueil d'une cohorte de 24 étudiants en médecine, nombre correspondant au seuil minimal pour permettre la décentralisation de la formation médicale de base au Bas-Saint-Laurent. Pour atteindre cet objectif d'ici 2012, la participation d'au moins un autre CSSS de l'Est-du-Québec est essentielle. L'Université Laval n'exclut pas la possibilité de constituer une cohorte de 30 à 36 étudiants si plus d'un CSSS s'associait au projet, incluant nos partenaires de la Côte-Nord et de la Gaspésie. L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a, par ailleurs, confirmé son désir d'être partenaire au projet par une résolution d'appui de son conseil d'administration, adoptée le 14 janvier 2010.

En plus des quatre premiers externes accueillis en septembre 2009 au CSSS de Rimouski-Neigette qui compléteront leur formation au courant de l'année 2010-2011, neuf externes supplémentaires sont attendus dès septembre 2010. Grâce à l'accueil du milieu, au programme de formation unique et à l'implication exemplaire des médecins, les premiers externes apprécient grandement leur expérience. À ce titre, l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) et l'Université Laval ont signé un protocole d'entente, en février 2010, permettant aux étudiants en médecine formés au CSSS de Rimouski-Neigette de bénéficier de l'ensemble des services aux étudiants offerts par l'UQAR dans le but de favoriser l'accueil et l'intégration des étudiants en médecine. Déjà, l'intérêt que suscite le projet chez les étudiants en médecine rencontrés à l'Université Laval, en janvier 2010, est tel que la demande pour le milieu de formation dépasse l'offre de stage.

La coordination régionale de l'enseignement médical

Cette coordination est un levier important pour développer les partenariats en enseignement au sein du réseau de la santé en réunissant l'ensemble des coordonnateurs de l'enseignement universitaire sur le territoire, les directeurs d'UMF et des représentants de l'Université Laval et de l'Agence du Bas-Saint-Laurent. Comme le CSSS de Rimouski-Neigette estime sa capacité d'accueil maximale à 18 nouveaux externes par année, le rôle de la coordination régionale est d'abord de favoriser la collaboration des partenaires du réseau de la santé de l'Est-du-Québec pour permettre d'atteindre le seuil minimal de 24 nouveaux externes formés par année (pour un total de 48 externes sur 2 ans de formation), nécessaire pour décentraliser une cohorte et pour assurer la formation de base en région. De même, cette coordination régionale doit permettre à l'ensemble des CSSS du territoire de suivre de près l'évolution du projet, d'être au fait des occasions de développement qui y

sont liées et de bénéficier ainsi des retombées du projet. La première rencontre devrait avoir lieu d'ici juin 2010.

La recherche en santé

Comme le développement d'une mission universitaire complète est visé, la recherche en santé joue un rôle central dans le projet. Les solides partenariats développés au cours des derniers mois avec l'UQAR et le Centre de recherche sur les biotechnologies marines serviront de levier pour développer la recherche au CSSS de Rimouski-Neigette et, éventuellement, dans les autres CSSS partenaires de l'Est-du-Québec. Une demande de financement est en préparation pour l'élaboration d'un plan d'affaires sur le développement de la recherche en santé. Ce plan d'affaires permettra de nous doter d'une vision claire des moyens à notre disposition pour structurer et développer la recherche en santé au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Un projet adopté; des infrastructures à mettre à niveau

Au cours de l'été 2009, le Manuel d'organisation du projet de Centre affilié universitaire au Bas-Saint-Laurent, décrivant de façon détaillée tous les aspects du projet, a été transmis au MSSS. Puis, en octobre, ce fut la demande de reconnaissance des besoins immobiliers de l'Hôpital régional de Rimouski qui fut transmise au MSSS. Celle-ci faisait état de la situation difficile, notamment par rapport au manque important d'espace et à la désuétude de certains secteurs de l'Hôpital régional de Rimouski. La demande de reconnaissance des besoins immobiliers proposait également un plan pour effectuer les travaux nécessaires dans une séquence permettant le maintien des activités et l'accueil des étudiants.

Une réponse positive du MSSS, nécessaire pour commencer les aménagements prioritaires permettant d'assurer la formation des étudiants en médecine dans les secteurs névralgiques, a été reçue en avril 2010. Ces travaux, dont les coûts partagés entre le MSSS, l'Agence du Bas-Saint-Laurent et le CSSS de Rimouski-Neigette, sont estimés à 5,4 millions de dollars. Ils répondront aux besoins liés à l'enseignement et doivent permettre au CSSS de Rimouski-Neigette d'atteindre une capacité d'accueil de 12 nouveaux externes par année.

Quelques perspectives

Les pourparlers avec les partenaires du projet vont se poursuivre au cours de l'année, tant pour structurer la recherche en santé que pour assurer le développement de l'enseignement médical et clinique, lequel requiert notamment la concrétisation des phases ultérieures prévues dans la demande de reconnaissance des besoins immobiliers. Le comité stratégique, qui réunit autour d'une même table l'ensemble des partenaires du projet, jouera certainement un rôle fondamental au cours de l'année qui vient.

Chirurgie bariatrique

Contexte

La chirurgie bariatrique constitue, à l'heure actuelle, le seul traitement efficace à long terme pour l'obésité morbide. Les délais d'attente s'étalant jusqu'à cinq ans pour accéder à ce service, le Ministère élaborait, en 2009, un plan d'action où il examinait la possibilité de développer la chirurgie bariatrique au Bas-Saint-Laurent. Considérant les conséquences physiques, psychologiques et économiques qu'entraîne l'obésité, les CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup se sont démontrés très intéressés au projet.

But

Offrir la chirurgie bariatrique au Bas-Saint-Laurent d'ici 2011.

Clientèle ciblée

Les personnes atteintes d'obésité morbide.

Les travaux

L'Agence et les CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup travaillent en collaboration pour présenter au MSSS un projet de chirurgie bariatrique afin d'obtenir un statut de centres

secondaires désignés pour la chirurgie bariatrique.

L'essentiel des travaux consiste à définir et à organiser les services médicaux afin d'émettre une offre de service réaliste et d'assurer une pérennité des services. Les chirurgiens intéressés ont été identifiés et les besoins sur le territoire ont été estimés. Une équipe multidisciplinaire compétente est à prévoir. Les types d'intervenants ont été ciblés et un mode de fonctionnement défini. L'évaluation des ressources ainsi que le mode de financement doivent être finalisés.

Douleur chronique

Contexte et mandat

En mars 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux mettait sur pied un projet de développement d'un programme national d'évaluation, de traitement et de gestion de la douleur chronique. Plus récemment, à l'été 2009, le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) formait un consortium ayant pour finalité la création d'un centre d'expertise dans le traitement de la douleur chronique. Partie intégrante du réseau du RUIS-UL, le Bas-Saint-Laurent se doit de réviser l'offre de service en douleur chronique sur son territoire. Un comité de travail multidisciplinaire et régional ayant pour mandat d'améliorer la prise en charge des personnes souffrant de douleur chronique au Bas-Saint-Laurent fut formé.

Clientèle ciblée

Les personnes souffrant de douleur chronique au Bas-Saint-Laurent, c'est-à-dire ayant une douleur persistante au-delà du temps de guérison attendu des tissus, généralement fixé à trois mois.

Les travaux

Au cours de la dernière année, le comité a identifié et défini les besoins, un modèle d'organisation des services et un état de situation régional.

En cours de formalisation du réseau, les centres ayant un intérêt pour le traitement et la réadaptation en deuxième ligne ont été identifiés :

- CSSS de Rivière-du-Loup pour l'ouest;
- Partenariat entre le CSSS de Rimouski-Neigette et le CSSS de La Mitis pour l'est (les CSSS de Rimouski-Neigette et de La Mitis consolident une équipe interdisciplinaire);
- Centre l'InterAction pour la réadaptation avec trois points de service et quatre points de chute.

Le comité de travail définit la clientèle (caractéristiques et volume), l'accès aux services et les trajectoires de services. Un concept de médecin-conseil (répondant) pour chaque CSSS est considéré.

Équipements médicaux spécialisés

Le comité ad hoc sur les équipements médicaux de haute technologie s'est réuni le 11 février 2010 afin d'établir les priorités régionales de développement à la suite des demandes d'acquisition d'équipements spécialisés par les établissements. Le résultat du processus établi à partir d'une grille de critères d'objectifs a permis de soumettre au Ministère la liste prioritaire des équipements suivants :

1. Échographe : 250 000 $
   CSSS de Rivière-du-Loup
2. Échographe : 200 000 $
   CSSS de Rimouski-Neigette
3. Appareil de mammographie numérique : 500 000 $
   CSSS de Rimouski-Neigette
4. Appareil de biopsie du sein : 300 000 $
   CSSS de Rivière-du-Loup
5. Échographe obstétrical : 200 000 $
   CSSS de Rivière-du-Loup

Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST

Contexte

Une étude terrain sur l'infarctus aigu du myocarde avait été réalisée par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) et démontrait qu'il y a des délais dans la prise en charge de l'infarctus aigu au Bas-Saint-Laurent.

Travaux

Conséquemment, tous les CSSS du Bas-Saint-Laurent ont été interpellés afin de rédiger un plan d'action visant à respecter les délais selon des lignes directrices bien établies. Des suivis étroits ont été effectués et un plan d'action régional fut acheminé au MSSS.

En plus des actions locales qui ont été réalisées, les services préhospitaliers d'urgence ont déployé des électrocardiogrammes à douze dérivations dans toutes les ambulances du territoire et l'Agence a encouragé la mise à jour de la certification *Advanced cardiac life support* des médecins en offrant des forfaits pour la formation. Les directeurs des services professionnels et le comité de direction du DRMG ont été informés du dossier et les chefs des comités de l'acte médical de chaque CSSS ont été sollicités afin de réévaluer périodiquement les délais. Il est attendu que l'AETMIS répétera l'étude afin de réévaluer les délais.

Procréation médicalement assistée

À l'automne 2008, le gouvernement du Québec s'est engagé à payer les frais liés aux traitements de procréation médicalement assistée (PMA) pour les couples qui souhaitent s'en prévaloir. Pour ce faire, la Loi sur les activités cliniques et de recherches en procréation médicalement assistée a été adoptée à l'Assemblée nationale le 18 juin 2009 pour une entrée en vigueur en 2010. Ceci assurera un accès gratuit aux services de PMA, du diagnostic d'infertilité jusqu'à la fécondation *in vitro* (FIV). Tous ces services doivent être disponibles localement (1re ligne) et régionalement (2e ligne), excepté la FIV et les interventions complexes (3e ligne) qui sont réservées aux cliniques privées de procréation assistée, et éventuellement dans tous les centres hospitaliers universitaires (2011-2015).

Dans le cadre de l'élaboration d'une offre de service en PMA, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a mis sur pied un comité régional en infertilité et procréation médicalement assistée sous la gouverne de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS). Son premier mandat a été de dresser un état de situation des services de fertilité actuellement disponibles dans la région, en 1re et 2e lignes, et d'identifier les besoins en matière de ressources humaines, matérielles et informationnelles. Bien que l'intérêt, l'expertise et la plupart des activités médicales en lien avec l'infertilité soient présents dans la région, les services offerts en 1re et 2e lignes devront tout d'abord être structurés et les exigences minimales requises devront être comblées.

Pour faire suite à ces constats, le comité a donc amorcé les travaux liés à son deuxième mandat qui consiste en l'élaboration d'un document d'organisation régionale des services d'infertilité et de procréation médicalement assistée. S'ensuivra progressivement sa mise en application clinique.

Services pharmaceutiques et laboratoires

Circuit du médicament

Les services pharmaceutiques poursuivent leurs travaux concernant le circuit du médicament. Ce projet vise à utiliser la technologie pour rendre plus efficace et sécuritaire l'ensemble du processus de distribution du médicament.

La phase 1 du projet au Bas-Saint-Laurent est avancée. Les établissements ont tous implanté un système d'information de la pharmacie (SIP). Les CSSS de La Matapédia, de Kamouraska et de Rivière-du-Loup ont

procédé à l'achat d'emballeuses-ensacheuses et de chariots de distribution des médicaments. Les CSSS de Matane et de Rimouski-Neigette fonctionnaient déjà avec ces technologies avant le début du projet et le CSSS de Témiscouata a conservé son ancienne ensacheuse et a procédé uniquement à l'achat de chariots. Les établissements du territoire finalisent la distribution unitaire des médicaments.

La phase 2 du projet SARDM débutera prochainement. Les établissements réviseront leurs priorités qui sont l'acquisition de cabinets décentralisés, l'accès à un système centralisé d'additifs aux solutés pour les médicaments administrés par voie parentérale et une interface SIP pour la vérification contenant-contenu avec codes à barres.

Par ailleurs, les services pharmaceutiques seront mis à contribution au projet de bilan comparatif des médicaments (BCM) qui sera élaboré par les membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques, du DRMG et de la TRCDMS. De plus, une attention particulière sera portée au recrutement des pharmaciens dans la région.

Laboratoires

Étant donné l'ampleur des mandats de l'an dernier, soit l'optimisation de l'organisation territoriale des services de biologie médicale et l'adhésion au processus d'agrément visant la qualité de ces services, ces mandats ont été reconduits en 2009-2010.

À ce propos, s'achève provincialement et régionalement la revue complète des analyses de laboratoires, tant du point de vue de la pertinence, de son coût que de sa hiérarchisation (locale, régionale, supra-régionale), déterminée notamment selon le niveau de complexité de l'analyse et des contraintes inhérentes à la technique, du volume annuel minimal requis pour assurer le maintien de l'expertise et du délai pour obtenir le résultat. Quant au transport des spécimens de laboratoires, les démarches se prolongent et sont occasionnées par des contraintes inhérentes à la logistique et à l'offre de service actuellement disponible dans la région. En ce qui concerne l'accès de la clientèle aux centres de prélèvements, les résultats de l'exercice démontrent que des 11 points de service avec rendez-vous, qu'il y avait 4 dépassements concernant les normes d'attentes maximales fixées à 14 jours par le MSSS. Cette situation n'est pas trop inquiétante puisque la moyenne régionale se situe à 21 jours, comparativement à 24 jours au niveau provincial. De plus, ces quatre sites sont des points de service requis pour une population éloignée qui préfère attendre un peu pour son prélèvement plutôt que de devoir se déplacer à plus d'une heure de route pour obtenir le service. Pour les 17 centres sans rendez-vous, le Bas-Saint-Laurent respecte, dans 94 % des cas, la norme du temps-réponse maximal fixé à 60 minutes, comparé à 88 % des cas à l'échelle de la province.

Au sujet de l'agrément, un seul établissement n'a pas encore reçu sa première visite, prévue en décembre 2010. Des plans d'action ont été déposés par tous les autres établissements afin d'identifier les mesures à prendre dans une perspective d'amélioration de la qualité des services dispensés, lesquels ont été reçus favorablement en regard des recommandations émises initialement par les visiteurs. Quant à la progression du partage documentaire régional en lien avec les normes, à son adaptation et à son implantation locale, on note un pourcentage de réalisation qui varie de 20 à 60 % selon le centre hospitalier. Tous les CSSS se sont engagés à déployer les ressources nécessaires afin de répondre favorablement aux exigences de l'agrément lors de la deuxième visite qui aura lieu en 2011-2012.

À ces travaux se sont ajoutées les démarches reliées à l'abolition de la facturation intrarégionale applicable depuis avril 2010, de même que la nécessité d'enregistrement, de déclaration et d'obtention d'un permis pour chacun des laboratoires en vertu de la Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines de juridiction fédérale. Ont débuté également les travaux reliés au rehaussement du système d'information des laboratoires qui mobilisent plusieurs ressources techniques, médicales et professionnelles, tant au niveau de l'Agence que des laboratoires de chacun des centres hospitaliers.

3.6 Projet clinique « Jeunes »

Les services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité et la sécurité alimentaire

Dans le cadre de la composante création des environnements favorables des SIPPE, des projets concertés en sécurité alimentaire visant les familles ayant des jeunes enfants ont été renouvelés jusqu'en 2012 dans une entente tripartite impliquant les organismes communautaires dédiés, les centres de santé et de services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Le développement de la sécurité alimentaire s'enracine ainsi dans les dynamiques locales visant la promotion et l'acquisition de saines habitudes alimentaires.

Axe : Santé publique			
Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.			
Indicateurs	***Résultats* 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats** 2009-2010***
1.1.12 Proportion des femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) au cours de l'année financière 2009-2010	Nouveau	80 %	105 %
Commentaires			
Les services pré et postnataux sont historiquement bien développés et très performants quant il s'agit de rejoindre les clientèles à risque.			

* Nouvel indicateur
** Résultats en date du 16 mai 2010

Initiative Ami des bébés

En 2009-2010, près de 85,6 % des femmes ont initié l'allaitement maternel en service de maternité. En continuité avec les années précédentes, l'Agence travaille avec les CSSS de son territoire à l'implantation de l'« Initiative Ami des bébés » (IAB). Le MSSS donne priorité à cette stratégie afin de modifier les pratiques de soins et de permettre aux établissements de mieux protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement. Afin de favoriser l'implantation de ce programme, du soutien clinique et de la formation continue ont été offerts aux professionnels et aux intervenants du réseau. Un des huit CSSS a amorcé officiellement son processus d'accréditation pour être certifié « Ami des bébés » et les autres poursuivent leurs travaux.

Le Passeport allaitement : une approche prometteuse

Une démarche importante de l'IAB consiste à respecter les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel », dont la troisième rappelle l'importance de renseigner toutes les femmes enceintes et leur famille sur les avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.

C'est dans cette perspective que le Passeport allaitement, une approche conjuguant information écrite et *counselling* médical, a été développé dans la région du Bas-Saint-Laurent en 2004. Celui-ci est composé d'un carnet de grossesse et de dix fiches d'information sur l'allaitement qui sont remises une à une aux femmes enceintes, en cours de grossesse et après l'accouchement. L'Agence a procédé à l'évaluation du Passeport

allaitement. Les résultats obtenus démontrent qu'il parvient à intéresser la majorité des femmes qui le reçoivent : 70 % des répondantes déclarent lire l'ensemble des 6 fiches prénatales. Cette lecture des fiches permet aux femmes enceintes de connaître les recommandations des professionnels de la santé quant au choix et à la durée de l'allaitement, ainsi que ses facteurs de réussite. L'information reçue est ainsi répartie tout au long de la grossesse et du séjour à l'hôpital, ce qui permet aux médecins, aux sages-femmes et aux infirmières de revenir sur le contenu de chaque fiche et de discuter de l'allaitement. Cette façon de faire vient appuyer la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité, moins encline à la lecture lorsque laissée à elle-même.

Production du DVD « À petits pas, on grandit ensemble »

L'Agence a produit un DVD qui vise à sensibiliser les parents à l'importance du rôle qu'ils jouent dans le développement de leur enfant. Ce DVD met en scène des parents et des intervenants de la région qui témoignent de leur vécu. Des thèmes tels que le *peau à peau*, la cohabitation, l'allaitement, le *cododo* et le portage sont abordés. Ce DVD est aussi un excellent outil qui offre aux intervenants l'occasion d'aborder concrètement tous ces éléments avec la clientèle. D'une durée de plus de 20 minutes, « À petits pas, on grandit ensemble » est notamment distribué dans les CSSS, les cliniques médicales (générales, gynécologiques, pédiatriques), les organismes communautaires, les centres de la petite enfance ainsi qu'aux groupes d'entraide en allaitement. Il peut être offert en prêt de services aux parents qui en font la demande auprès d'un intervenant.

Instrument de mesure du développement de la petite enfance

En mars 2009, l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) a été utilisé auprès de 1 546 enfants fréquentant la maternelle dans les 4 commissions scolaires de la région, ce qui représente près de 90 % de l'ensemble des élèves qui ont fait leur entrée en 1re année à l'automne 2009. Les données recueillies ont permis de mesurer leur niveau de préparation à l'entrée scolaire dans cinq domaines de développement :

- la santé physique et le bien-être;
- la compétence sociale;
- la maturité affective;
- le développement cognitif et du langage;
- les compétences communicationnelles.

Le Bas-Saint-Laurent dispose donc de renseignements précieux sur les effets des pratiques éducatives en cours et de celles à développer dans les prochaines années afin d'assurer le développement optimal de nos enfants.

Les résultats régionaux de l'Enquête IMDPE ont été présentés aux directions et organisations régionales concernées par le développement de la petite enfance et une tournée des tables COSMOSS (Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé) a permis de présenter, aux acteurs locaux des différents secteurs, les résultats de leur territoire et de convenir des suites à apporter dans l'offre de service. Près de 250 personnes ont assisté à l'une ou à l'autre des présentations. D'autres activités de communication sont prévues à l'automne 2010.

Axe : Services de première ligne – jeunes et leur famille en difficulté

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usagers.

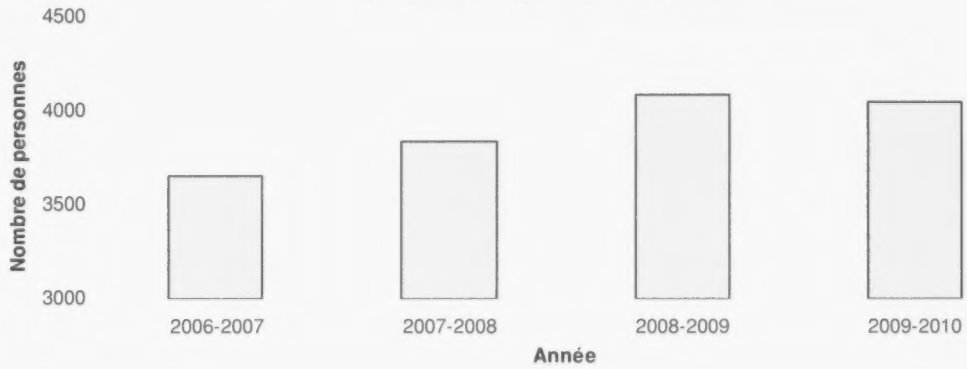
Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	4 091	3 928	4 052
1.6.2	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,00	7,00	6,72

Commentaires

Les établissements sont performants dans leur capacité de rejoindre les jeunes de la région. En effet, c'est 12,1 % de tous les 0/17 ans qui ont pu bénéficier des services de première ligne au Bas-Saint-Laurent contre seulement 8 % pour l'ensemble du Québec.

Malgré ce niveau de pénétration en croissance continue depuis 2006-2007, le niveau d'intensité a pu être maintenu près de la cible prévue à la planification stratégique ministérielle.

Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC), 2006-2007 à 2009-2010



* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Les cliniques pédiatriques en protection de l'enfance : une convergence au bénéfice des jeunes

Les deux cliniques pédiatriques en protection de l'enfance (CPPE) en fonction depuis novembre 2006 ont accueilli, au cours de la dernière année, près de 60 enfants pour lesquels l'on soupçonnait des situations d'abus ou de négligence. Ces cliniques ont pour mission d'offrir des expertises médico-légales lors de situations présumées d'abus physique et de négligence chez les enfants âgés de 0 à 18 ans et d'abus sexuel chez les enfants âgés de 0 à 12 ans. Le tout s'exerce dans le contexte de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse et de l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*. Celles-ci définissent les rôles et les responsabilités des partenaires, les modalités de communication permises par la loi et les modalités appropriées d'orientation, et ce, afin de favoriser la transmission d'information entre les partenaires et de réduire les délais d'intervention.

Réussite éducative, santé bien-être : agir efficacement en contexte scolaire

L'implantation des interventions de promotion et de prévention en milieu scolaire se poursuit toujours. Le contexte de multiplication des programmes et mesures nécessitant de la concertation a nécessité beaucoup d'ajustements. Force est de constater que la cadence dans l'offre de programme aux écoles ne s'est pas essoufflée. Le comité régional COSMOSS sur les saines habitudes de vie est un lieu qui permet aux partenaires régionaux participants d'être sensibilisés à l'importance de coordonner et d'intégrer les différentes approches afin d'être plus efficaces et cohérents dans les actions de promotion et prévention en contexte scolaire.

Axe : Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Implanter l'approche « École en santé » dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.

Indicateurs	*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche « École en Santé »	Nouveau	65 %	59 %

Commentaires

La création en 2009-2010 de dossiers communautaires dans le système d'information I-CLSC a été relativement complexe et impliquait plusieurs personnes. Considérant que nous en sommes à une première année de compilation avec cet outil, le résultat nous apparaît de fiabilité questionnable.

La nature de l'indicateur et la façon de l'alimenter font en sorte qu'une école est considérée comme en implantation de l'approche uniquement si au moins une intervention est complétée dans son dossier au cours de l'année. Or, la situation de pandémie vécue, a fait en sorte que pour certains établissements aucune intervention n'a été réalisée auprès des écoles cette année, et ce, même si des actions avaient été amorcées l'année précédente. En conséquence, certaines écoles peuvent effectivement être en cours de processus d'implantation à la suite d'interventions réalisées en 2008-2009 et ne pas être considérées dans l'indicateur, du fait que de nouvelles interventions n'ont pas été réalisées en 2009-2010.

* Nouvel indicateur
** Résultats en date du 16 mai 2010

Concertation multisectorielle au profit des jeunes COSMOSS

La phase 2 de la concertation locale et régionale autour du dispositif COSMOSS (Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé) s'est terminée le 31 mars dernier. Cette phase a été marquée par la mise en place, dans chaque territoire de municipalité régionale de comté, d'un comité local de coordination qui se veut un carrefour d'information et de mobilisation de l'ensemble des enjeux abordés dans le cadre de la démarche COSMOSS.

Les enjeux de la démarche sont les suivants :

- Offrir un environnement favorisant l'acquisition de saines habitudes de vie;
- Favoriser l'intégration sociale des enfants et des parents;
- Prévenir et réduire les retards de développement chez les enfants d'âge préscolaire afin de les préparer à une entrée scolaire réussie;
- Augmenter la persévérance scolaire et la réussite éducative;
- Favoriser l'intégration professionnelle.

Au cours de la dernière année, il y eu présentation d'un mémoire aux membres de la Commission des affaires sociales du Québec dans le cadre de l'étude du projet de loi nº 7, Loi instituant le fonds pour le développement des jeunes enfants.

La phase 3 s'échelonnera jusqu'en mars 2012 et fera une place importante à l'arrimage des démarches nécessitant des concertations, notamment l'Entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation, du loisir et du sport (Entente MSSS-MELS). La mise en œuvre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 et des plans d'action issus des mobilisations locales de « Québec en forme » et « Avenir d'enfants » seront aussi au cœur des travaux locaux et régionaux.

Entente sur les services de travail de rue

Depuis avril 2008, notre région expérimente une entente de partenariat portant sur les services en travail de rue. Cette entente en est une de démonstration, c'est-à-dire qu'elle réunit les conditions essentielles reconnues par la littérature afin d'assurer l'exercice optimal du travail de rue dans les différentes MRC de notre région. Une équipe de 16 travailleurs de rue est actuellement déployée dans les 8 MRC du Bas-Saint-Laurent grâce à la participation financière de plusieurs partenaires, dont l'Agence.

Un montage financier a permis de réunir un montant de près de 2 000 000 $ réparti par territoire de MRC, auquel s'ajoute une contribution financière de 20 % des milieux locaux. Cette entente se terminera le 30 septembre 2010. Nous analysons actuellement ce dossier afin d'en assurer la pérennité dans un esprit de partenariat.

Entre le début du projet en juin 2008 et le 30 septembre 2009 (période couverte par le rapport d'évaluation), les travailleurs de rue ont effectué près de 19 000 interventions auprès de quelque 10 000 jeunes, soit le double de l'objectif fixé au départ de l'entente.

Le rapport démontre la complémentarité et l'apport des services en travail de rue dans le continuum de services offerts aux jeunes de notre région.

Stratégie d'action jeunesse

Dans le cadre de la *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009*, deux mesures sont devenues récurrentes, soit la mesure visant la consolidation des maisons de jeunes et celle permettant l'implantation du programme de qualification jeunesse. Ce programme prometteur aide des jeunes ayant reçu des services du Centre jeunesse à développer leur autonomie et à favoriser leur accès au marché du travail. Cette mesure a d'ailleurs fait l'objet d'un rehaussement du nombre de jeunes admissibles dans le cadre de la *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014*. C'est aussi dans le cadre de cette stratégie que notre région a été retenue pour débuter l'implantation du programme d'intervention auprès des familles négligentes. La MRC de La Matapédia est le site de départ pour le déploiement de ce projet qui sera intégré à l'offre de service aux jeunes en difficulté dans toutes les MRC de notre région.

Axe : Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté

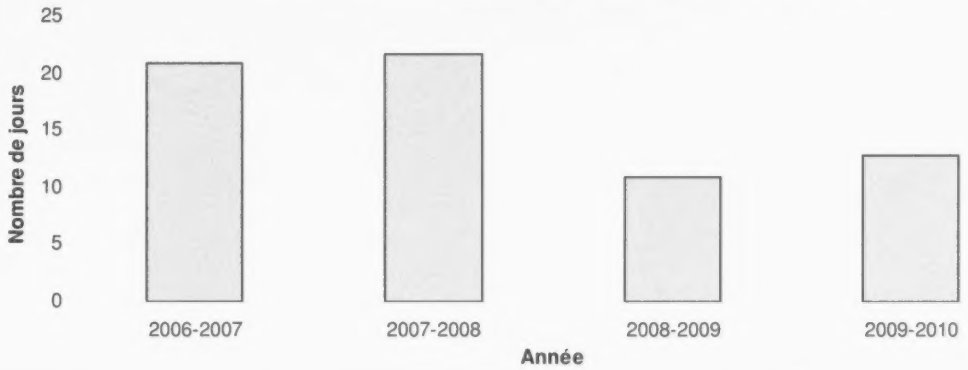
Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.6.4	Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	10,90	12	12,81
1.6.5	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	14,21	30	14,44
1.6.7	Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	1,01	14	0,05

Commentaires

Considérant les nombreux retraits préventifs observés dans le service, le Centre jeunesse consacre d'importants efforts visant à contenir le délai moyen d'attente à l'évaluation à un niveau qui se situe près de la cible de douze jours.

Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse, 2006-2007 à 2009-2010



* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Santé dentaire publique

Scellants dentaires

Le déploiement de l'application des agents de scellement dentaires prévu dans le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 auprès des enfants le plus à risque de développer la carie dentaire a été réalisé par les hygiénistes dentaires de tous les CSSS de la région. Cette mesure préventive est reconnue la plus efficace pour prévenir la carie dentaire des fosses et des sillons, où plus de 80 % des caries dentaires se développent en dentition permanente. Ainsi, 900 enfants ont été rejoints, ce qui permet de protéger plus de 5 700 surfaces dentaires contre la carie dentaire. Cette mesure préventive n'étant pas défrayée par la Régie de l'assurance maladie du Québec, les parents de la région auraient eu à débourser près de 120 000 $ pour offrir cette mesure préventive à leurs enfants. De plus, advenant le cas où l'ensemble de ces surfaces dentaires n'aient pas été scellées et qu'elles aient évolué en carie dentaire à traiter au tarif en vigueur présentement, cela représenterait un coût d'environ 275 000 $ si les restaurations avaient été effectuées en amalgame (gris) et d'environ 450 000 $ en résine composite (matériau blanc).

Essai clinique sur l'efficacité du vernis fluoré en dentition primaire

De 2004 à 2009, un essai clinique s'est déroulé dans la région pour vérifier l'efficacité du vernis fluoré à prévenir la carie dentaire en dentition primaire auprès d'enfants participant ou étant éligibles aux Services intégrés en périnatalité et petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE).

Pour l'ensemble des enfants participant à cette recherche, l'application de vernis fluoré à raison de 2 fois par année n'a pas démontré d'efficacité à prévenir la carie dentaire en dentition primaire (dents de lait), et ce, malgré le fait que pour les enfants des groupes intervention des CSSS de La Mitis, de La Matapédia et de Rimouski-Neigette, il y a eu une réduction de la carie dentaire de l'ordre de 58 %, de 39 % et de 21 %, respectivement.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que nous avions une clientèle à très haut risque carieux présentant en moyenne 7,56 faces dentaires cariées, absentes ou obturées. Ainsi, une prochaine étude pourrait vérifier l'efficacité du vernis fluoré à raison de 4 applications par année.

Promotion de collations saines pour la santé

À l'occasion de la rentrée scolaire de septembre 2009, l'Agence, en collaboration avec les CSSS et le milieu scolaire de la région du Bas-Saint-Laurent, a procédé au lancement de la campagne de promotion « Les mmmmeilleures collations... pour mon plaisir et ma santé! » Cette campagne visait à faire la promotion de collations contenant des aliments sains et à augmenter la consommation de légumes, de fruits frais et de lait et de substituts chez les enfants du milieu scolaire.

Cette initiative concertée de l'Agence et de ses partenaires est en lien avec la Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie actif du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et rejoint également des orientations de l'approche « École en santé ».

Un napperon plastifié et très coloré pouvant être utilisé comme affiche a servi d'outil promotionnel. Plus de 8 000 napperons ont été distribués aux élèves de niveau préscolaire, de 1re et de 2e année, ainsi que dans le réseau de services à la petite enfance du Bas-Saint-Laurent. Ainsi, les enfants de la région du Bas-Saint-Laurent et leurs parents ont été sensibilisés aux bons choix d'aliments composant une collation saine pour la santé, tout en étant délicieux. D'autres régions nous ont demandé d'utiliser le napperon que nous avons produit.

Pour assurer une continuité à cette campagne, tous les élèves de la maternelle continueront d'être rejoints dans les années à venir.

3.7 Projet clinique « Santé mentale incluant les dépendances et les services psychosociaux généraux »

Tout au long de l'année, des travaux se sont poursuivis au sein des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région, avec le concours de l'Agence de la santé et des services sociaux, pour développer ou consolider l'offre de service selon le principe de hiérarchisation des services de santé mentale.

Ces exercices ont permis d'élaborer ou de bonifier les mécanismes d'accès et les trajectoires de services pour les clientèles jeunes et adultes en santé mentale dans la perspective d'assurer un virage vers les services de première ligne. Des efforts supplémentaires devront être faits pour rendre plus opérationnels et faire connaître les trajectoires et les mécanismes auprès des principaux utilisateurs dont, entre autres, les omnipraticiens.

Axe : Services infirmiers et psychosociaux généraux

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.2.2	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3 108	3 108	3 061
1.2.3	Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,73	4	3,66

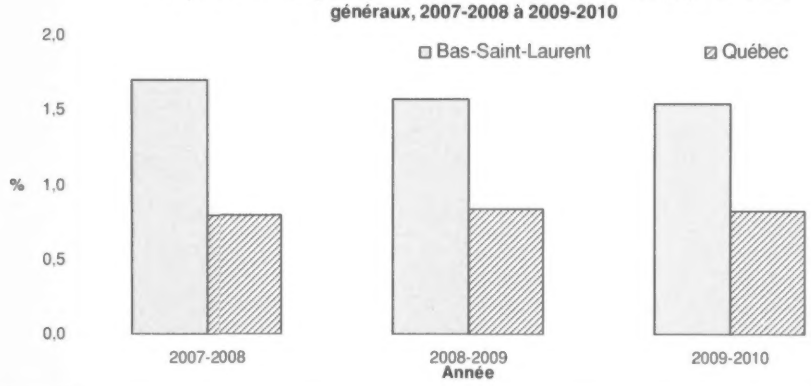
Commentaires

Malgré le recours de plus en plus populaire aux interventions de groupes, le nombre d'usagers desservis en individuel que reflète le présent indicateur est demeuré relativement stable dans la région.

Les interventions de groupes représentent plus de 1 500 présences et contribueraient à augmenter significativement l'intensité si elles étaient considérées au niveau de l'indicateur.

De plus, en proportion de la population totale du territoire, la région rencontre 1,54 % de sa population alors que la moyenne provinciale se situe à presque la moitié de ce taux soit 0,83 %. Avec un tel taux de pénétration, il n'est pas surprenant que l'effet de dilution crée une pression à la baisse sur le niveau d'intensité.

Proportion de la population ayant eu recours à des services psychosociaux généraux, 2007-2008 à 2009-2010



* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Certains CSSS ont eu à faire face à une instabilité de ressources humaines en raison de congés parentaux, de congés de maladie ou de difficultés de recrutement pour certaines professions psychosociales. Ces difficultés ont retardé la réponse aux services de traitement et de soutien aux enfants, aux jeunes, aux adultes et à leurs proches.

La prochaine étape permettra de conclure des ententes de partenariat entre les établissements à vocation spécialisée et les CSSS locaux.

Il importe de préciser que l'intervention de groupe est une modalité de plus en plus utilisée par les CSSS, autant auprès de la clientèle jeune que de la clientèle adulte.

Axe : Services de première ligne – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.8.9	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	3 179	3 964	3 310

Commentaires

Malgré la non-atteinte de la cible, la situation régionale se situe avantageusement si on la compare à la moyenne provinciale. En effet, dans le Bas-Saint-Laurent, le nombre d'usagers correspond à 1,67 % de la population totale, alors que cette proportion se situe à 0,94 % pour l'ensemble du Québec. De plus, on compte plus de 1 800 présences à des activités de groupe. Des 248 usagers ayant participé à ces groupes, un certain nombre n'a pas été vu en individuel et n'est par conséquent pas reflété par cet indicateur.

Une visite de suivi et de bilan a été réalisée au cours de l'année dans les quatre CSSS qui présentaient en période 7 un écart important à la cible. Ces rencontres ont permis de constater que certains postes n'avaient toujours pas été pourvus, ne permettant donc pas d'augmenter le nombre de personnes rencontrées. À la suite de ces visites, les établissements se sont engagés à mettre tout en œuvre pour procéder le plus rapidement possible à la dotation de ces postes.

Des difficultés importantes de recrutement, de remplacement et de rétention des intervenants sociaux sont vécues par plusieurs CSSS et ceci complique évidemment l'organisation d'une offre de service complète et soutenue.

Finalement, du travail reste à faire pour concrétiser le virage attendu vers la première ligne. Les équipes de deuxième ligne de même que le corps médical doivent référer davantage la clientèle qui requière ce type de service. La crédibilité des équipes de première ligne est à faire et ceci représente un travail de longue haleine.

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Autres activités en santé mentale

Afin de sensibiliser l'ensemble de la population aux préjugés véhiculés à l'endroit des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale et à la capacité de ces derniers de se rétablir, l'Agence a soutenu les membres de la Table locale de concertation en santé mentale du Kamouraska pour la production et la diffusion de capsules radiophoniques portant sur les préjugés sociaux. Ces capsules seront diffusées au cours du prochain exercice.

En soutien aux actions menées par les CSSS, l'Association canadienne de la santé mentale du Bas-du-Fleuve s'est vu attribuer le mandat de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux devant reposer sur les meilleures pratiques reconnues par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Un financement lui a été accordé à cette fin.

Finalement, l'Agence poursuit son financement à l'organisme communautaire PLAIDD-BF pour soutenir le fonctionnement du Regroupement et implication des personnes utilisatrices (RIPU) en santé mentale qui s'inscrit dans les attentes ministérielles en santé mentale. Ce regroupement contribue à favoriser la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches dans les structures de décision.

Axe : Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :
- En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants);
- En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.8.5	Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	60	218	84
1.8.6	Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	167	111	156

Commentaires

À la suite des investissements réalisés régionalement afin de constituer des équipes de première ligne dédiées à la mise en place d'une offre de service de soutien d'intensité variable et constatant la difficulté à atteindre les volumes d'activité anticipés, une tournée de plusieurs établissements à permis de constater ce qui suit :

- Certains postes n'avaient toujours pas été pourvus par les établissements;
- Des difficultés importantes de remplacement, de rétention et de recrutement des intervenants sociaux;
- Le virage vers la première ligne n'est toujours pas complété et il existe encore de nombreuses réticences de la part des médecins et des intervenants de deuxième ligne à référer;
- Le ratio intervenant – usager qui a été utilisé pour fixer la cible ne semble pas réaliste compte tenu de la lourdeur des cas et de l'intensité des services requis par les clients faisant actuellement partie de la charge de cas des intervenants.

Les établissements sont engagés dans un effort visant à faire mieux connaître leur offre de service ainsi que leurs mécanismes d'accès, de liaison et de référence.

Tous les nouveaux postes encore vacants à un moment durant l'année sont pourvus au début de l'exercice 2010-2011 et pour soutenir les intervenants dans le changement des pratiques, différentes activités de formation se sont tenues au cours de la dernière année. D'autres sont encore à venir.

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Prévention du suicide

Un comité stratégique en prévention du suicide, regroupant les différents acteurs intersectoriels concernés par cette problématique, est animé par l'Agence. Son mandat vise à identifier des stratégies afin de diminuer la problématique du suicide dans la région du Bas-Saint-Laurent et à améliorer l'offre des services s'adressant aux personnes affectées par un mal de vivre, suicidaires, à risque suicidaire et à leurs proches. Dans la région du Bas-Saint-Laurent, comme partout au Québec, on note qu'au cours des 10 dernières années, le taux de suicide a diminué en moyenne de près de 4 % par année.

Parmi les nouvelles actions réalisées durant le présent exercice, notons l'initiative du Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent visant la mise en place du programme d'entreposage

sécuritaire des armes à feu par la distribution des verrous de pontet en impliquant l'ensemble des municipalités. Plus de 1 700 verrous de pontet ont été distribués à la population pour la modique somme de 5 $ l'unité.

Également, le comité a mis à jour un guide d'intervention pour les médias se retrouvant dans un contexte de suicide destiné aux établissements et organismes du réseau de la santé et des services sociaux.

La région poursuit ses actions par l'implantation de réseaux de sentinelles et la récupération des armes à feu, qui s'effectuent par les deux centres de prévention du suicide de la région, en collaboration avec les CSSS. Pour ces actions, les deux organismes communautaires sont soutenus financièrement par l'Agence.

Aussi, les huit CSSS mettent à la disposition des clientèles à potentiel suicidaire élevé de leur territoire un service de suivi étroit et intégré. Ce service fait présentement l'objet d'une évaluation afin de connaître les conditions d'implantation qui prévalent dans chacun des territoires des CSSS et de faire ressortir les conditions de succès et les contraintes rencontrées. Cette évaluation est soutenue, en partie, par le MSSS.

Finalement, soutenues par l'Agence, diverses activités à portée régionale et sous-régionale sont initiées par les maisons d'enseignement, les centres de prévention du suicide et les CSSS.

Mesure d'adaptation des services destinés à la clientèle masculine

Le programme « Mû » relevant de la responsabilité de deux organismes communautaires, Trajectoires Hommes et C-TA-C qui sont impliqués, entre autres, auprès des hommes en situation de vulnérabilité de la région bas-laurentienne, a été reconnu parmi les projets d'intervention s'inscrivant dans l'atteinte d'une des mesures du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Cette reconnaissance permet à ces deux organismes d'obtenir un financement récurrent de la part du Ministère et vient en soutien à l'aide qui leur est apportée par l'Agence.

Soutien professionnel en matière de santé mentale et de prévention du suicide

Dans un premier temps, le soutien financier accordé par l'Agence aux huit CSSS pour l'encadrement clinique contribue à appuyer leurs intervenants dans le changement des pratiques et des façons d'intervenir.

Dans un deuxième temps, l'Agence a apporté une participation financière à diverses activités de formation pour soutenir les médecins ainsi que les intervenants des réseaux de la santé et des services sociaux et intersectoriels dans l'amélioration de leur pratique auprès des clientèles présentant des problématiques de santé mentale. En voici quelques exemples :

- Thérapie cognitivo-comportementale pour les clientèles présentant des troubles anxieux et dépressifs offerte aux médecins;
- Intervention auprès d'une clientèle peu motivée ou non volontaire s'adressant aux intervenants d'organismes communautaires en santé mentale;
- Suivi intensif offert par le Centre national d'excellence en santé mentale;
- Psychopathologie et psychopharmacologie destinées aux intervenants des services spécialisés de main-d'œuvre et à Emploi-Québec;
- Intervention de crise suicidaire dispensée à l'ensemble des intervenants intersectoriels.
- Différentes activités de formation continue en intervention de crise suicidaire ont également été tenues;
- Formation spécifique en santé mentale offerte au personnel du Centre jeunesse.

Aussi, par l'intermédiaire des services spécialisés, les CSSS de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette mettent un soutien professionnel à la disposition des équipes de première ligne en santé mentale.

Axe : Services d'urgence – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :
- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	11,6	12	10,7
1.8.8	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	2,9 %	0	2,7 %

Commentaires

Après un début d'année difficile, la situation s'est par la suite continuellement améliorée, permettant d'atteindre la cible en ce qui concerne le séjour moyen sur civière.

Au niveau du pourcentage de séjours de 48 heures et plus, même si la cible n'est pas atteinte, la région se compare très favorablement à la moyenne provinciale qui se situe à 9,72 %.

* Résultats en date du 11 mai 2010
** Résultats en date du 16 mai 2010

Axe : Services de deuxième ligne – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

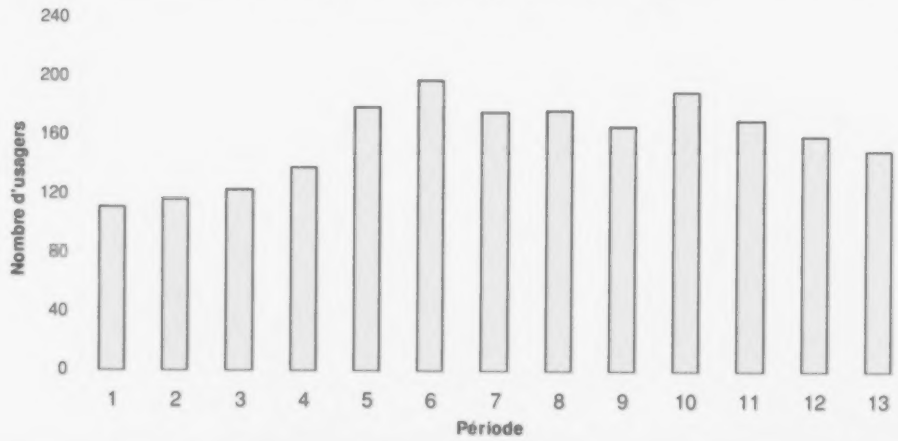
Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.8.10	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	92	40	150

Commentaires

Des travaux sont présentement en cours afin d'assurer, lorsque pertinent, une réponse plus orientée vers la première ligne.

L'absence de pédopsychiatres dans une partie du territoire et le manque de psychiatres causé par des départs ou des congés de maladie crée une pression importante sur ceux qui restent et, par ricochet, un impact sur les délais d'attente.

Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours, par période, 2009-2010



* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Évaluation des dépenses des services de santé mentale

Pour une quatrième année consécutive, à l'aide de l'Outil d'alimentation du système d'information sociosanitaire (OASIS) et avec la collaboration de l'Agence, les CSSS ont complété l'évaluation des dépenses des services de santé mentale.

Rappelons que cette démarche permet d'évaluer le niveau d'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 et d'apprécier l'accessibilité de la gamme de services offerts dans chaque réseau local. Comme l'an dernier, l'opération a été élargie aux autres programmes-services de première ligne.

Offre de service en dépendances

Au cours de l'année 2009-2010, l'*Offre de service 2007-2012 – Programme-services Dépendances* a été présentée à différentes tables de concertation dans le but de faire connaître les rôles et les responsabilités des différents acteurs concernés par ce programme-services.

De plus, un comité de travail a été mis en place afin d'élaborer un mécanisme d'accès régional en dépendances ainsi que des trajectoires de services pouvant répondre aux besoins de la clientèle, tout en tenant compte des réalités régionales et locales. La consultation et son implantation sont au plan de travail pour la prochaine année.

Axe : Jeu pathologique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.7.2	Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	178	178	144

Commentaires

Le Centre de réadaptation en dépendances du Bas-Saint-Laurent constate une diminution sensible de la demande de services destinés aux joueurs pathologiques et le nombre de personnes en attente demeure très bas, soit 2 personnes au 15 mars 2010.

Le faible volume d'activité lié au traitement des joueurs pathologiques peut s'expliquer, en bonne partie, par la difficulté de rejoindre cette clientèle et par la crainte qu'elle manifeste à s'engager dans un processus de réadaptation.

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Soutien aux intervenants de première ligne en matière de dépendances

Dans le but d'offrir un soutien aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) dans le mandat qui leur est confié en vertu du programme-services Dépendances, soit de procéder au repérage, à la détection et à l'intervention précoce auprès de la clientèle à risque de développer une problématique d'abus ou de dépendances, un programme de formation de première ligne a été déployé dans tous les CSSS de la région. Près de 300 intervenants œuvrant auprès de jeunes et d'adultes ont été formés en toxicomanie et en jeu pathologique.

3.8 Projet clinique « Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement »

L'année 2009-2010 a mis l'accent sur les services en amont du continuum de services auprès de cette clientèle. Plusieurs activités ont été réalisées dans le cadre d'un plan biennal à la suite d'une tournée des établissements effectuée en 2008-2009, tout en faisant ressortir les priorités et les orientations nationales permettant de viser une meilleure intégration de services.

Promotion des conditions de vie

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a poursuivi son implication dans le cadre de l'Entente spécifique sur l'adaptation des services et infrastructures régionales pour l'amélioration des conditions de vie des personnes aînées dans la région du BSL 2008-13. Deux dossiers liés à cette entente présidée par la Conférence régionale des éluEs (CRÉ) du Bas-Saint-Laurent ont particulièrement connu un développement substantiel au cours de la dernière année, soit le soutien aux proches-aidants ainsi que l'activation physique et le loisir.

De plus, l'Agence a maintenu sa collaboration dans la réalisation du plan d'action « Ville amie des aînés au Québec » (VADA) de la ville de Rivière-du-Loup, en plus de favoriser l'adhésion de certaines municipalités du territoire dans le réseau « Municipalité amie des aînés » (MADA).

L'Agence a aussi contribué à la réalisation de la 1re édition du Rassemblement des aînés BSL supervisé par la Corporation régionale ACTION 50+ Bas-Saint-Laurent. Plus de 1 400 inscriptions ont été enregistrées lors de cet événement qui s'est tenu à Rimouski du 11 au 14 juin 2009.

Prévention des chutes

Le continuum « Prévention des chutes » a poursuivi son implantation au cours de la dernière année. La complémentarité entre le réseau VIACTIVE et le Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) a été amplifiée. Deux formations sous-régionales ont été offertes gratuitement aux animateurs VIACTIVE et au moins une séance P.I.E.D. a été réalisée dans chacun des huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région. Trois « animatrices P.I.E.D. » ont été accréditées « formatrices P.I.E.D. » par l'Institut national de santé publique du Québec. Dans le cadre des programmes « Nouveaux Horizons » et « Du cœur à l'action pour les aînés », des conférences sur la prévention des chutes ont été présentées à différents regroupements de retraités et carrefours des 50 ans et plus.

Le soutien à domicile et, en dernier recours, l'hébergement

La philosophie d'intervention « Chez soi le premier choix » a été revalorisée et a teinté toutes les interventions auprès des CSSS, combinées à la visée d'une intégration de services améliorée. Ces deux concepts ont été au cœur des interventions tout au long de l'année.

Axe : Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservie dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.3.1	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	6 736	5 779	6 465
1.3.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	22,2	24	22,5

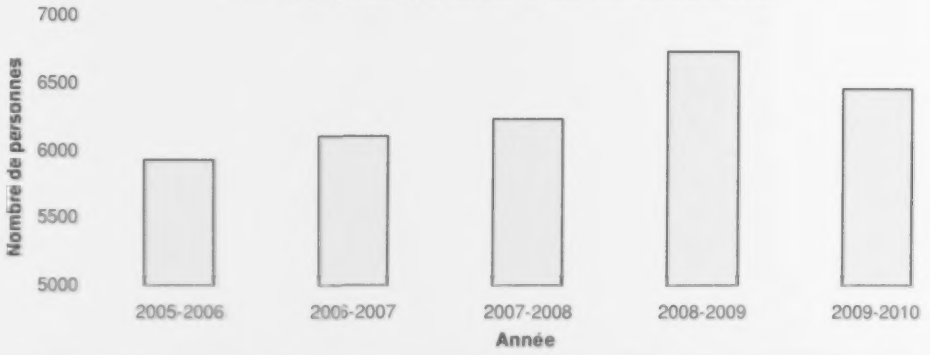
Commentaires

De 2005-2006 jusqu'à 2008-2009, le nombre de personnes en perte d'autonomie suivi en soutien à domicile a connu une augmentation constante, reflétant l'ajustement souhaité dans l'offre de service qui a eu pour effet d'intensifier le soutien à domicile et de diminuer significativement le nombre de lits en CHSLD.

En 2009-2010, la transformation en question étant presque complétée, on constate un certain plafonnement du nombre de personnes desservies.

L'intensité des services demeure relativement faible par rapport à la situation provinciale. Il faut cependant considérer que le réseau bas-laurentien visite 17,9 % des personnes âgées de 65 ans et plus alors qu'en moyenne, dans la province, c'est 15 % des personnes âgées qui reçoivent des services de soutien à domicile. Avec un tel écart dans le taux de pénétration, il n'est pas surprenant que l'effet de dilution crée une pression à la baisse sur le niveau d'intensité.

Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS, 2005-2006 à 2009-2010



* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Différentes évaluations de clientèles ont été réalisées en soutien aux CSSS afin de recadrer l'offre de service selon les orientations préconisées. Également, différents projets ont été amorcés et s'inscrivent dans la lignée de la révision de l'offre de service visant l'amélioration de l'intégration des services. Ces travaux se poursuivront au cours de l'année prochaine. Parmi ces projets, notons :

- La révision de la gestion des équipements dans l'optique d'une accessibilité et d'une efficience accrues. On part du principe qu'un usager disposant d'équipements adéquats pourra être maintenu à domicile dans des conditions de vie améliorées.

- La mise en œuvre d'une approche adaptée aux soins des personnes âgées en courte durée. Basée sur approche OPTIMAH (ou OPTIMAlisation des soins aux personnes âgées à l'hôpital), cette intervention se déploiera dans deux CSSS (Rivière-du-Loup et Matane) à la suite d'un appel de candidatures régional pour devenir des sites pilotes. Cette approche

permettra d'améliorer les conditions d'hospitalisation des personnes âgées par une meilleure adaptation des services aux besoins des aînés, et ainsi limiter les pertes d'autonomie associées à l'hospitalisation. Des travaux ont été entrepris au cours de l'année : un comité interdisciplinaire régional a été formé et a débuté ses travaux sous la supervision clinique d'un médecin et d'une infirmière du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) qui agissent à titre de mentors pour l'approche, mais aussi pour les outils cliniques. Les projets pilotes devraient débuter l'automne prochain.

- La poursuite des efforts pour améliorer les services en soins palliatifs à domicile dans la région. De plus, dans deux territoires, une maison de soins palliatifs offre des services complémentaires à ceux du réseau (six lits à Rimouski et six lits à Rivière-du-Loup).
- Le début des travaux visant à implanter la solution informatique Réseau de services intégrés personnes âgées (RSIPA) à la suite de l'acceptation du projet par les directeurs généraux le 25 janvier 2010. La région s'est préalablement qualifiée pour recevoir cette solution informatique.
- La mise sur pied de deux comités de travail pour remettre en question certaines façons de faire et pour formuler des lignes directrices régionales permettant de rehausser cette intégration de services. Ces lignes directrices ont été présentées et acceptées par la Table PALV régionale. Un plan d'action régional a été rédigé et un soutien à l'adaptation de ce plan sera effectué avec chaque CSSS pour en faire un plan local.
- Le soutien aux proches aidants est une préoccupation importante pour favoriser le maintien à domicile des clientèles. Des travaux se sont poursuivis dans le cadre de l'entente avec la Conférence régionale des éluEs (CRÉ) du Bas-Saint-Laurent et du Fonds pour les proches aidants, fonds public privé dédié au plan national. Un nouveau partenaire s'est joint à l'équipe. Un projet a été soumis en ce sens. Dans une première vague, le Bas-Saint-Laurent est l'une des trois régions retenues pour bénéficier d'une subvention. Ce financement sera connu entre juin et septembre 2010 et visera à offrir des services complémentaires à ceux déjà offerts par les CSSS. Le projet final a été déposé en juin et les services devraient débuter en septembre 2010.
- Le début des activités du projet alimentaire en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), qui vise à outiller l'équipe qui accompagne au quotidien les résidents et l'équipe du service alimentaire. Des formations devraient être complétées au cours de la prochaine année.

Axe : Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3.20	3	3.24
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0.25	0.23	0.25

Commentaires

Suite aux importantes fermetures de lits en CHSLD réalisées au cours des dernières années, des révisions dans l'organisation du travail et dans la structure des postes restent encore à faire pour certains établissements. Ceci explique en bonne partie le niveau élevé des heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance. Ce taux devrait se situer un peu plus bas si toutes les équipes de travail avaient fait l'objet d'une réorganisation.

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

- La poursuite des activités du programme de formation Agir auprès de la personne âgée (AGIR), un enseignement portant principalement sur l'approche des préposés aux bénéficiaires en établissement (hôpital et CHSLD).

- La poursuite de la délégation des actes découlant de la loi 90, Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Certains CSSS ont même signé des ententes avec les ressources d'hébergement privées. Des travaux régionaux sont en cours afin d'identifier des façons de soutenir les CSSS pour leur permettre de mettre en place des moyens d'intervention sur une base régulière et de transmettre des enseignements aux ressources alternatives. Cet appui vise à planifier une hiérarchisation des services acceptée légalement, tout en dégageant les professionnels pour des actes réservés.

- La révision du dossier soutien communautaire au logement social. D'une répartition réservée aux organismes sans but lucratif (OSBL) personnes âgées, les critères ont été revus sur la base du cadre de référence provincial. L'admissibilité s'adresse maintenant à tous les organismes faisant du logement social, soit les OSBL et les offices municipaux d'habitation. De même, ils rejoignent toutes les clientèles ciblées par le cadre de référence n'étant pas exclusif aux aînés.

- La tenue du colloque annuel de gériatrie, le 3 avril 2009, qui a accueilli quelque 350 participants : médecins, pharmaciens, personnel paramédical. Les travaux entourant la présentation du troisième colloque ont été réalisés afin de tenir ce dernier le 9 avril 2010 sous le thème des chutes. Également, une formation portant sur l'approche gériatrique tenue au cours de l'automne 2009 avec le Centre d'excellence en vieillissement de Québec a accueilli plusieurs intervenants des CSSS.

Perspectives

Les services s'adressant aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement seront planifiés selon une hiérarchisation de services, du plus léger au plus lourd, tout en gardant comme toile de fond une intégration accrue de ces derniers. C'est en quelque sorte le leitmotiv des prochaines années. L'actualisation des lignes directrices régionales dans le dossier RSIPA viendra appuyer cette philosophie grâce à différents travaux complémentaires.

Le soutien aux CSSS est toujours au cœur des préoccupations dans le but de faciliter cette transformation et d'assurer une certaine harmonisation régionale.

Axe : Soins palliatifs

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.9.5	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	724	789	659
1.9.6	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	16.65	16	14.70

Commentaires

Les établissements affirment répondre aux références sans délai pour ce type de service. Cependant, il existe encore des différences entre les CSSS dans l'interprétation de ce qu'est un soin palliatif à domicile.

Il est également probable que l'ouverture, depuis mars 2009, de douze nouvelles places d'hébergement en soins palliatifs dans des maisons de fin de vie, ait eu un effet sur l'intensité des services en soins palliatifs à domicile en diminuant la durée de l'épisode. L'intensité moyenne mesurée en intervention par usager, pour être vraiment représentative, devrait être jumelée à la durée moyenne de l'épisode de service. Pour l'instant, cette information n'est pas disponible.

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

3.9 Projet clinique « Maladies chroniques et saines habitudes de vie »

Maladies chroniques

En 2009-2010, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a maintenu ses efforts pour accroître l'offre de service dans la prévention et le contrôle des maladies chroniques. En concertation avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS) du territoire, des activités ont été réalisées en promotion des saines habitudes de vie et en soutien pour la pratique clinique. La qualité des productions réalisées a suscité de nombreuses demandes au Québec, contribuant directement au rayonnement de notre région dans ce domaine d'activité.

Volet « Promotion/prévention »

En promotion et prévention, l'Agence a soutenu la réalisation des campagnes promotionnelles pour la lutte contre le tabagisme. À cet égard, 424 inscriptions de fumeurs au *Défi J'arrête, j'y gagne!* en 2010 ont été enregistrées. La campagne *Famille sans fumée/Pas de boucane dans ma cabane* a reçu l'appui de 497 familles. Une formation liée à l'intervention tabagique dans les centres d'abandon du tabagisme a été offerte aux CSSS de la région. De plus, l'Agence a organisé une journée de formation en intervention tabagique à l'intention des intervenants en maladies chroniques.

Par ailleurs, plus d'une trentaine de municipalités et 41 écoles ont fait la promotion d'activités hivernales dans le cadre de la campagne Plaisirs d'hiver afin de mieux faire connaître leurs infrastructures extérieures. Enfin, le concours Défi Santé 5/30 Équilibre a permis de recueillir 3 906 inscriptions en 2010. La campagne régionale Défi Transport actif a suscité la participation d'un peu plus de 800 personnes qui ont choisi de troquer la voiture pour la marche ou le vélo dans leurs déplacements quotidiens.

Dans le cadre de la campagne *Fruits et légumes en vedette* de mars 2010, 28 restaurants du Bas-Saint-Laurent ont présenté des idées vedettes afin d'inciter à la consommation de fruits et de légumes. Un partenariat a été établi avec la Direction régionale du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) dans le cadre de sa campagne *Mettez le Québec dans votre assiette*, afin de valoriser les produits alimentaires locaux. Un atelier pour la mise en valeur des fruits et légumes a été offert aux restaurateurs participants.

Volet « Suivi dans le milieu et soutien à la pratique professionnelle »

La dernière année a permis le développement et la consolidation des projets locaux soutenus par la priorité régionale de financement en maladies chroniques. Axée sur les services de première ligne destinés aux usagers à haut risque et atteints de maladies chroniques, cette priorité a fait place à l'interdisciplinarité, et ce, tant en CSSS qu'en clinique médicale ou en GMF. L'Agence a offert un suivi et un accompagnement soutenus afin que les projets déposés répondent aux critères établis en fonction du modèle de prestation de services choisi au Québec et dans la région, le Modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques. Plusieurs nouvelles ressources professionnelles ont été embauchées sur le territoire au cours de la dernière année, consolidant les équipes en maladies chroniques de chaque territoire. Le service de kinésiologie fait maintenant partie intégrante des services offerts en maladies chroniques. Un accompagnement a été offert aux CSSS afin de faciliter l'intégration de ce nouveau service et un guide de pratique clinique a été produit par l'Agence et distribué aux kinésiologues des CSSS.

Au cours de l'année, des outils et des guides de pratique à l'intention des médecins et des professionnels en maladies chroniques ont été produits ou mis à jour par le Dr Gilles Côté.

médecin-conseil à l'Agence. Citons notamment ces nouveaux guides : la toux, la thyroïde, l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque, l'apnée du sommeil et l'asthme.

Plusieurs formations ont été réalisées en 2009-2010, notamment la journée annuelle de formation en maladies chroniques et celle sur l'entrevue motivationnelle venant soutenir la priorité du développement de l'autogestion des maladies chroniques. De plus, un outil visant à faciliter l'utilisation de la technique de l'entrevue motivationnelle a été développé et distribué par l'Agence aux participants ayant reçu la formation en cours d'année.

En ce qui concerne l'amélioration des services, les CSSS ont solidifié les équipes et accru le nombre de clients pris en charge dans les cliniques de maladies chroniques pour la majorité des pathologies visées. Notons particulièrement les 2 615 usagers diabétiques pris en charge, les 996 patients suivis pour une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Soulignons les 2 011 clients à haut risque (syndrome métabolique) ou atteints de maladies cardiovasculaires qui ont reçu des services de la part des équipes de maladies chroniques. Enfin, le volume d'activité pour les patients asthmatiques est sensiblement le même, passant de 295 cas en 2008-2009 à 314 en 2009-2010.

Perspectives en maladies chroniques

L'intégration de la promotion des saines habitudes de vie dans les pratiques professionnelles s'introduit en continuité de l'harmonisation des pratiques en maladies chroniques, de l'évaluation des services faite en 2007-2008 et de l'orientation vers les services de première ligne, retenue comme priorité régionale 2008-2010 en maladies chroniques. En effet, *l'Expanded Chronic Care Model* mise sur la complémentarité des actions cliniques et de promotion de la santé. Ainsi, après avoir développé et solidifié les services cliniques en maladies chroniques, la partie centrale du modèle, il est maintenant justifié de porter une attention particulière à la promotion de saines habitudes de vie, en respect des services en place, de la disponibilité des professionnels et du type de services offerts au niveau local.

Lutte au cancer

En matière de lutte contre le cancer, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent poursuit la mise en place des éléments adoptés en 2004 dans son programme régional qui vise notamment l'implantation d'équipes interdisciplinaires locales en oncologie dans chacun des huit réseaux locaux, incluant une équipe à vocation régionale. Quatre équipes doivent être désignées sur le territoire et un accompagnement plus soutenu a été offert aux centres de santé et de services sociaux de La Matapédia et du Kamouraska en vue d'une désignation prochaine.

Pour ce qui est de la radiothérapie, les résultats obtenus indiquent une amélioration constante de l'ensemble des indicateurs en ce domaine, notamment ceux se rapportant au nombre de personnes en attente de traitements et au nombre de patients traités au-delà du délai d'attente médicalement acceptable. Les actions prises depuis quelques années en font foi.

Axe : Lutte contre le cancer			
Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines.			
Indicateurs	***Résultats* 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats** 2009-2010***
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radiooncologie	99,3 %	90 %	99,6 %
Commentaires			
Le taux de respect des délais est excellent. Sur 819 patients qui ont reçu leurs traitements au cours de l'exercice, seulement 3 les ont reçus hors délais. Toutefois, ces patients n'ont pas attendu plus de cinq semaines.			

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Aussi, la région du Bas-Saint-Laurent a été désignée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour poursuivre deux projets pilotes en oncologie, soit un projet de clinique d'accès rapide à l'investigation des cancers colorectaux au CSSS de Rivière-du-Loup et un projet de pharmacien régional en oncologie au CSSS de Rimouski-Neigette. Des résultats devraient émerger de ces projets au cours de l'année 2010-2011.

Les activités du Comité régional de lutte contre le cancer se sont poursuivies, malgré une interruption à l'automne 2009 en raison de la mobilisation des CSSS par la vaccination contre la pandémie de grippe A(H1N1).

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Le déploiement de l'unité mobile SARA (service ambulatoire radiologique accessible) s'est poursuivi en visitant les régions de La Matapédia, de La Mitis, des Basques, du Témiscouata, du Kamouraska ainsi que de Baie-Comeau et de l'Outaouais. SARA facilite grandement l'accessibilité à l'examen de dépistage, comme le démontrent les statistiques ci-dessous.

Nombre de mammographies de dépistage effectuées par l'unité mobile SARA

MRC	2009-2010
La Matapédia	511
La Mitis	600
Les Basques	692
Témiscouata	1 401
Kamouraska	1 371
Baie-Comeau	294
TOTAL :	**4 869**

Ce service reçoit une cote de « très grande satisfaction » de la part des femmes, d'après le sondage effectué. Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Rivière-du-Loup est l'établissement responsable de l'opérationnalisation de l'unité mobile par le personnel administratif, les professionnels, les gestionnaires et les radiologistes. Les centres de dépistage, de référence et d'investigation assurent également leur collaboration pour les examens complémentaires requis pour la clientèle.

Avec la participation des responsables et du personnel des CSSS visités par SARA, les activités de sensibilisation se poursuivent afin que l'accessibilité à cet examen soit continue. La qualité et la continuité du service sont maintenues par l'équipe du CSSS de Rivière-du-Loup de façon constante.

Au total, dans la région, notre taux de participation est passé de 59,7 à 65,5 %, ce qui représente environ 1 700 femmes de plus ayant passé une mammographie de dépistage.

Grâce au financement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour un projet de communication, une vidéo promotionnelle a été réalisée et est disponible dans chacun des CSSS du Bas-Saint-Laurent afin d'améliorer l'information sur la mammographie de dépistage pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.

Finalement, au cours des prochains mois, de l'information en regard du consentement éclairé sera diffusée afin de préciser les avantages, les inconvénients et les limites reliés à la mammographie, et ce, en lien avec les orientations ministérielles.

3.10 Déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED)

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Amorcés l'an dernier, les travaux de mise en œuvre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience se sont poursuivis.

Rappelons que les objectifs du plan d'accès ont trait à l'amélioration de l'accessibilité aux services des personnes ayant une déficience. Plus spécifiquement, le plan vise à assurer à ces personnes un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables ainsi qu'à optimiser et harmoniser les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation des services.

Par ailleurs, le processus d'implantation du Plan d'accès prévoyait que chaque agence élabore et dépose un plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC), ce qui a été fait avec la collaboration des CSSS.

Déposé le 31 mars 2009, ce plan régional comprend deux mesures structurantes afin d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre du plan d'accès :

- un soutien financier permettant de libérer un professionnel pour l'équivalent d'une journée de travail par semaine afin d'appuyer chacun des gestionnaires d'accès;
- un accompagnement afin de favoriser la mise en place des mécanismes prévus au plan d'accès.

Voici un sommaire des actions réalisées au cours de la dernière année, dans le cadre du PRAAC.

1. Concernant les modalités d'accès

Pour les services offerts dans les CSSS

Réalisation d'entrevues individuelles avec les gestionnaires d'accès des CSSS afin de dresser un portrait de situation faisant état :

- du niveau d'appropriation et de mise en place des mesures du plan d'accès;
- de l'actualisation du plan local des services à offrir pour répondre aux besoins des personnes ayant une déficience physique;
- des difficultés rencontrées;
- de la nature des besoins de soutien.

2. Concernant les trajectoires de services

Pour les services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle et un trouble envahissant du développement

Soutien aux travaux régionaux amorcés par le CRDITED et une firme de consultation visant à favoriser l'émergence d'un nouveau modèle de services.

Pour les services offerts aux personnes présentant une déficience physique

Financement de la consolidation de l'équipe offrant des services de réadaptation spécialisés en déficience motrice basée à Rivière-du-Loup.

Amorce d'une concertation interétablissement visant la signature d'ententes-cadres et d'ententes spécifiques.

Axe : Services spécialisés – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.4.8	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	1 607	2 010	1 796

Commentaires

Ce secteur a connu trois années consécutives de développement et la cible convenue prend pour acquis que toutes les équipes sont en place et opérationnelles. Dans le contexte difficile de recrutement du type de ressources spécialisées requises, le CRDP a su tirer son épingle du jeu et attirer un bon nombre de nouvelles recrues. Il demeure cependant extrêmement difficile de remplacer les absences qui sont nombreuses dans ces catégories de personnel.

L'arrivée de nouveaux employés commande une période d'ajustement dans l'organisation du travail, l'orientation et la formation. Ces nouvelles ressources humaines sollicitent également la participation des anciens au processus visant leur intégration.

De plus, l'année 2009-2010 a été marquée par le déploiement du système d'information SIPAD pour lequel tous les intervenants ont dû être formés. La participation des intervenants a également été requise dans les exercices d'agrément et de révision de la programmation de l'établissement. Tout ceci fait en sorte que la proportion des heures travaillées disponibles pour la clientèle en a souffert.

Malgré cela, on a pu constater une augmentation significative du nombre de personnes rencontrées. On remarque également une importante diminution de 25 % du nombre de personnes en attente qui est passé de 227 au 31 mars 2009 à 170 au 31 mars 2010.

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

3. *Concernant les mesures supplétives*

Diffusion de matériel de référence afin d'assurer une interprétation uniforme du concept de mesure suppétive. Notons que la mesure supplétive réfère aux situations où le recours à d'autres établissements, aux partenaires publics ou au secteur privé s'avère nécessaire pour assurer la prestation de services que l'établissement ne peut lui-même dispenser.

4. *Concernant la gestion centralisée des listes d'attente et la gestion intégrée*

Soutien aux établissements dans l'utilisation du système d'information I-CLSC afin de faciliter et d'améliorer les suivis des interventions sur les plans local et régional.

Réalisation d'un portrait annuel consolidé des listes d'attente afin de monitorer l'effet des décisions antérieure et d'orienter les actions à venir.

5. *Concernant les standards d'accès*

Niveaux de priorité

Diffusion d'un guide d'interprétation visant la standardisation dans l'exercice de la priorisation.

Suivis intensifs auprès des CSSS quant aux saisies des niveaux de priorité dans le système d'information I-CLSC.

Mesures d'appoint

Diffusion de matériel de référence afin d'assurer une interprétation uniforme des concepts de mesures d'appoint. La mesure d'appoint est constituée d'activités ponctuelles visant à minimiser le préjudice ou la détérioration durant l'attente de services.

6. *Concernant les standards de continuité*

Réalisation d'une tournée dans les CSSS afin de dresser un état de situation déterminant les problématiques d'accessibilité et de continuité, les intentions des établissements quant à l'amélioration des processus et la nature du soutien requis pour son actualisation.

Intervenant pivot

Diffusion de documents de référence en lien avec la nature et les fonctions de l'intervenant pivot, et ce, tant pour le plan d'accès que pour les autres programmes de services.

Plan de services individualisé

Production et diffusion d'un outil de référence visant à harmoniser la compréhension des plans d'intervention et des plans de services individualisés, tout en systématisant le processus lié à la reddition de comptes dans le cadre du suivi de gestion.

Réduction de la liste d'attente

Les personnes qui étaient initialement en attente au 8 novembre 2008 ont presque toutes reçu un premier service au 31 mars.

Par ailleurs, le nombre total de personnes en attente entre le 8 novembre 2008 et le 31 mars 2009 a connu une importante diminution :

- en CSSS, passant de 59 à 15 personnes;
- au CRDITED, passant de 38 à 30 personnes;
- au CRDP L'InterAction, passant de 202 à 170 personnes.

En centre de réadaptation, 84 % des usagers du Centre de réadaptagion en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Bas-Saint-Laurent (CRDITED) a reçu un premier service dans les délais prévus au plan d'accès alors qu'au Centre régional de réadaptation physique L'InterAction, c'était le cas pour 68 % des usagers.

Axe : Soutien à domicile – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	2 461	2 435	2 477
1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	13,49	14,47	12,98

Commentaires

Le résultat en termes de volume de personnes rencontrées dépasse très largement la cible 2010 de la planification stratégique ministérielle qui correspond à 1 413 personnes pour la région du Bas-Saint-Laurent. Avec 2,6 % de la population totale du Québec, la région compte 6,2 % de tous les usagers de la province pour ce type de service.

Dans ce contexte, il est impossible de présenter une intensité comparable à celle de la province, qui se situe à 30,6 interventions par usager. L'évaluation par le personnel des services de soutien à domicile des clients qui reçoivent leurs services par l'allocation directe a également un impact sur le niveau moyen d'intensité puisque ces évaluations sont en général effectuées une fois par année seulement.

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Axe : Soutien à domicile – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.4.3	Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	205	252	229

Commentaires

Les établissements disposent d'une enveloppe budgétaire destinée au soutien à la famille et les heures disponibles n'ont pas été modifiées. Il faut analyser les résultats des indicateurs 1.4.3 et 1.5.13 dans leur ensemble. On constate ainsi que c'est au total 527 familles de personnes présentant une DP, une DI ou un TED qui ont reçu du soutien, alors que la cible cumulée est 495. En 2008-2009, 495 familles au total avaient reçu un tel soutien.

Les variations à la hausse ou à la baisse sont en bonne partie attribuables au roulement normal de la clientèle à l'intérieur du programme.

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Axe : Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs		*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
1.5.11	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	400	400	424
1.5.12	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	9,71	12	7,72

Commentaires

Le résultat en termes de volume de personnes rencontrées dépasse très largement la cible 2010 de la planification stratégique ministérielle qui correspond à 262 personnes pour la région du Bas-Saint-Laurent. Avec 2,6 % de la population totale du Québec, la région compte 3,1 % de tous les usagers de la province pour ce type de service.

Quant au niveau d'intensité, on constate une diminution sensible dans deux établissements seulement. Elle résulte potentiellement de modifications dans la codification des interventions et non d'une réelle modulation de l'offre de service.

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Axe : Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED			
Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.			
Indicateurs	***Résultats* 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats** 2009-2010***
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	290	243	298
Commentaires			
Les établissements disposent d'une enveloppe budgétaire destinée au soutien à la famille et les heures disponibles n'ont pas été modifiées. Il faut analyser les résultats des indicateurs 1.5.13 et 1.4.3 dans leur ensemble. On constate ainsi que c'est au total 527 familles de personnes présentant une DI, un TED ou une DP qui ont reçu du soutien alors que la cible cumulée est 495. En 2008-2009, 495 familles au total avaient reçu un tel soutien. Les variations à la hausse ou à la baisse sont en bonne partie attribuables au roulement normal de la clientèle à l'intérieur du programme.			

* Résultats en date du 11 mai 2009
** Résultats en date du 16 mai 2010

Les services d'interprétariat et d'aide à la communication pour les personnes sourdes, sourdes-aveugles ou malentendantes

Les services d'interprétariat et d'aide à la communication permettent l'émergence de la relation entre les personnes ayant une déficience auditive et celles issues du monde des entendants. C'est ainsi que ces services deviennent des leviers importants, non seulement pour la réduction des obstacles à la participation sociale, mais aussi pour la garantie d'un accès aux mêmes opportunités et services que le reste de la population.

La gestion et l'offre de service d'aide à la communication et d'interprétariat sont assurées par cinq organismes à but non lucratif qui se partagent le territoire québécois. Pour la desserte de l'Est-du-Québec, le mandat est dévolu au Service régional d'interprétariat de l'Est-du-Québec inc. (SRIEQ), dont les bureaux sont situés à Québec.

L'an dernier, l'Agence a réalisé une analyse des défis à relever afin d'améliorer l'organisation des services d'interprétariat sur l'étendue du territoire du Bas-Saint-Laurent. Divers portraits de situation, consultations, données de recherches, ententes de service et modèles d'organisation ont fait l'objet d'études.

Les personnes sourdes ou malentendantes résidant au Bas-Saint-Laurent ont été conviées à participer à deux rencontres organisées par le SRIEQ et l'Agence. Il a été question des difficultés relatives à l'accès à l'information et aux services offerts à la population, de leurs besoins ainsi que de la nature des services pouvant aider les personnes sourdes ou malentendantes à réduire les obstacles à leur pleine participation scolaire, professionnelle et sociale. Les besoins des personnes et le plateau des services offerts et requis en matière d'aide à la communication ont été analysés, et ce, tant sur un plan régional que local.

Parmi les scénarios étudiés lors de ce processus de restructuration, celui de l'embauche à temps complet d'une agente d'aide à la communication qui relèverait du SRIEQ a été retenu et celle-ci est basée à Rimouski, ce qui facilitera les services dans la région.

Enfin, il est à noter que la priorité des travaux pour l'année 2010 ira au déploiement de diverses stratégies visant à faire la promotion des services d'interprétariat et d'aide à la communication auprès de la population et des différentes organisations concernées.

3.11 Dossier qualité

L'aspect qualité dans un établissement prend de multiples formes. Le MSSS, en lien avec la Direction de la qualité, a choisi de mettre davantage en évidence certaines d'entre elles. Afin de dresser un portrait de ces dossiers prioritaires, l'Agence a, pour une seconde année, effectué le bilan des attentes qualité à partir d'une compilation de fiches dans lesquelles sont répertoriés ce qui est attendu concernant la prestation de services (mesures de contrôle et isolement, coroner, curateur public), ainsi que l'implantation de dispositions législatives (commissaire aux plaintes et à la qualité des services, les comités des usagers et des résidents, etc.).

Dans le cadre du présent rapport, nous avons dressé un état de situation général du niveau d'atteinte des principales attentes signifiées.

Gestion des risques

Toutes les mesures prévues dans le cadre de la loi 113, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, sont en vigueur dans chacun des établissements de la région. Ainsi, ces derniers ont adopté une politique de divulgation des accidents, mis en place des règles concernant la déclaration obligatoire des incidents et accidents, maintenu un registre local prévu à cet effet. Le tout, chapeauté par un comité de gestion des risques opérationnels.

Afin de soutenir les établissements dans l'accomplissement de leur rôle à cet égard, l'Agence a organisé, en cours d'année, une session de formation pour les responsables de la gestion des risques ainsi que pour les membres des comités de gestion des risques.

La prochaine année sera marquée par la mise en place d'une nouvelle version du Système d'information pour la sécurité des soins et des services, qui vise à mieux outiller les établissements dans une perspective d'atténuation des risques.

Afin d'accorder un soutien aux établissements dans la gestion des risques, l'Agence a eu recours à l'expertise d'une ressource externe spécialisée qui pouvait répondre aux questions formulées par les gestionnaires de risques des établissements. Au cours de l'année, les demandes d'information et d'aide ont été faites presque exclusivement par six des CSSS de la région, sauf pour une qui émanait de l'Agence.

Dans la presque totalité des cas, les réponses ont été données à l'intérieur d'un délai de 72 heures ouvrables. Dans les cas où les demandes exigeaient une recherche plus poussée, la gestionnaire de risques en était informée. Dans certains cas, la réponse était même donnée immédiatement ou dans la journée. Voici les principaux sujets abordés dans ces demandes de soutien :

- Enquête à la suite d'un événement;
- Déclaration des événements par certaines ressources privées;
- Validation de projet de rapport;
- Enquête à la suite d'un événement – préparation d'une divulgation;
- Événement sentinelle – révision d'une procédure en gestion des risques pour l'ensemble de l'établissement;
- Interprétation de l'échelle de gravité pour certains événements;
- Divulgation de différents événements;
- Outils d'analyse prospective des risques – définition de risques;

En lien avec la gestion des risques en obstétrique, les six CSSS de la région offrant des services d'obstétrique ainsi que la Maison des naissances Colette Julien relevant du CSSS de La Mitis ont examiné la pertinence de participer au programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) sous la gouverne de l'Association canadienne des obstétriciens et gynécologues. À la suite de la confirmation par les établissements de leur adhésion à ce programme, son déploiement sera planifié au début de l'année 2010-2011 pour un début des activités de formation en septembre ou octobre. Ce programme de formation qui

s'échelonne sur trois ans vise à accentuer l'approche multidisciplinaire et le travail d'équipe par différentes activités d'apprentissage qui se déroulent dans les établissements.

Suivi des recommandations du coroner

Il arrive qu'à la suite des rapports de coroners, le réseau de la santé et des services sociaux soit visé par les recommandations de ces derniers à cet égard. Pour l'année 2009-2010, nous avons reçu deux rapports de coroners qui concernaient deux établissements pour lesquels les recommandations ont été prises en considération.

Agrément des établissements

En 2009-2010, deux établissements ont été visités afin de renouveler leur agrément, soit le CSSS de La Mitis et le CRDI du Bas-Saint-Laurent. Au terme de la démarche, les deux établissements ont d'ailleurs obtenu leur agrément pour une période de trois ans. D'autre part, le CSSS de Matane a entrepris le processus de renouvellement de son agrément alors que le CSSS des Basques a débuté la démarche en vue d'un premier agrément. Le CSSS de Kamouraska a, quant à lui, également obtenu un agrément découlant de la visite de 2008.

De son côté, le CSSS de Témiscouata recevra la visite de l'équipe d'agrément en juin 2010 et le CSSS de La Matapédia, la recevra en septembre 2010. Au terme de ces démarches, tous les établissements de la région se seront conformés à l'obligation légale découlant des modifications législatives de 2005, lesquelles rendaient nécessaires l'obtention d'un premier agrément et son renouvellement tous les trois ans.

Visites ministérielles d'appréciation de la qualité des services

Cette année, une seule visite d'appréciation a été réalisée dans notre région, soit celle du Centre d'hébergement Villa Maria du CSSS de Kamouraska. Ceci porte à 23 le nombre de visites réalisées dans la région à ce jour. Au cours de l'année, 15 plans d'amélioration étaient toujours en suivi par l'Agence qui a, le 31 mars dernier, recommandé au MSSS l'inactivation de six dossiers considérant le degré de réalisation des recommandations visant à améliorer le milieu de vie. Les rapports de visites peuvent être consultés sur le site Web de l'Agence à l'adresse suivante : www.agencesssbsl.gouv.qc.ca, dans la section « Documentation – Rapports de visites ministérielles ».

La certification des résidences pour personnes âgées

Alors qu'au 31 mars 2009, 37 certificats de conformité avaient été délivrés par l'Agence, le printemps et l'été furent très mouvementés, de sorte qu'au 30 juin 2009, soit la date butoir de certification fixée par le MSSS, 153 des 172 résidences du territoire bas-laurentien étaient certifiées. En mars 2010, le taux de certification pour la région se situait à 97,3 %, les quelques résidences non certifiées étant récemment ouvertes ou vendues et dont les nouveaux exploitants doivent effectuer le processus de certification. Au cours de l'année, l'adoption du projet de loi 56, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la certification de certaines ressources offrant de l'hébergement pour des clientèles vulnérables, a entraîné des modifications à la LSSSS : depuis le 1er février 2010, tout nouveau certificat est délivré pour une période de trois ans plutôt que deux. Ces modifications touchent également les demandes de renouvellement d'un certificat, qui doit maintenant être transmis à l'Agence six mois avant la date d'échéance du certificat. L'Agence est donc déjà dans le traitement de demandes de renouvellement.

Mentionnons que l'entrée en vigueur du projet de loi 56 vient étendre le processus de certification à certaines ressources du domaine de la santé et des services sociaux qui offrent de l'hébergement à des clientèles vulnérables. Un règlement concernant la certification des ressources en toxicomanie et en jeu pathologique est en rédaction au MSSS. Les ressources concernées non certifiées dans l'actuel processus volontaire pourront déposer leur demande de certification à l'Agence à compter du 30 juin 2010 et auront jusqu'en juillet 2011 pour obtenir leur certificat.

Bilan des demandes d'accès à l'information

Dans le cadre de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, l'Agence a reçu 14 demandes d'accès à l'information, dont plus de 50 % provenait de représentants des médias. Les renseignements demandés ont été transmis dans les délais prescrits par la loi dans la majorité des cas. Cependant, deux demandes ont été refusées selon des motifs prévus par la loi dans les circonstances et une demande a été répondue partiellement, considérant la nature des informations demandées. Aucune demande d'accès n'a fait l'objet d'une demande de révision devant la Commission d'accès à l'information.

3.12 Planification stratégique 2010-2015

Au cours des derniers mois, l'Agence a réalisé des travaux pour se doter d'une planification stratégique pluriannuelle. Ainsi, dès l'automne 2009 et au cours de l'hiver, les travaux ont été effectués afin de réaliser ce chantier qui doit tenir compte des éléments prévus à l'article 346.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

En conformité avec les orientations ministérielles et dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles, l'Agence est responsable d'élaborer un plan stratégique pluriannuel identifiant, pour le territoire de sa région, les éléments suivants :

1. Les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
2. Les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, l'organisation et la gestion des services;
3. Les mandats et les responsabilités qui devront être assumés par les instances locales, les autres établissements et les organismes communautaires pour atteindre ces objectifs;
4. Les mécanismes de coordination régionale et de mobilisation des partenaires à la mise en œuvre de ce plan stratégique.

Le projet de planification stratégique issu des travaux réalisés a été rendu accessible pour consultation en mars 2010. C'est ainsi qu'ont été consultés les groupes suivant : le Forum de la population, les commissions infirmière et multidisciplinaire régionales, le Département régional de médecine générale, la Table des chefs de département de médecine spécialisée, les directeurs des services professionnels, le Comité régional sur les services pharmaceutiques, la Direction de la santé publique, la Conférence administrative régionale, le Mouvement action communautaire, la Conférence régionale des éluEs, les directeurs généraux et les présidents de conseils d'administration des établissements.

Finalement, le projet de planification stratégique 2010-2015 sera entériné par le conseil d'administration de l'Agence le 16 juin 2010 en vue de sa transmission au ministère de la Santé et des Services sociaux aux fins d'analyse.

3.13 Organismes communautaires

À la suite de la levée du moratoire relativement à la reconnaissance des nouveaux organismes communautaires, l'Agence a développé des outils et a analysé le dossier de quatorze organismes qui avaient déposé une demande de reconnaissance à titre d'organisme œuvrant en santé et en services sociaux et au soutien financier. De ce nombre, le conseil d'administration de l'Agence a reconnu dix organismes œuvrant en santé et services sociaux et sept organismes ont eu une reconnaissance aux fins du soutien financier.

Par ailleurs, un budget de développement de 215 000 $ a été distribué aux organismes communautaires. Quinze organismes se sont partagé ce montant, principalement en santé mentale, en déficience intellectuelle et en déficience physique.

Aussi, l'Agence répond à différentes demandes ad hoc en provenance des organismes communautaires qui veulent participer à des formations et à des colloques, ou pour tout autre projet.

Deux nouvelles ententes de service ont été signées avec des organismes communautaires afin d'actualiser certains volets de leur mission. Les ententes avec les organismes se poursuivent, tant au niveau des aides techniques que dans le cadre du projet « Mangez mieux », qui en est à sa deuxième année d'opération.

L'Agence confirme son respect des règles et des normes édictées par le Ministère. En ce sens, pour le versement des subventions aux organismes communautaires, l'Agence s'assure qu'elle a reçu une demande de subvention de chaque organisme reconnu et que les documents exigés en ce qui concerne la reddition de comptes soient déposés, à savoir :

- la preuve de l'assemblée générale;
- le rapport d'activité;
- le rapport financier;
- les orientations et les priorités de l'année;
- les données informatives.

Dans le cadre de l'opération A(H1N1), les organismes communautaires ont été mis à contribution afin d'appuyer le réseau. Différents outils ont été développés et l'Entente d'approvisionnement en équipement de protection personnelle (EPP) entre les CSSS et les centres d'action bénévole a été mise en opération. L'approvisionnement en EPP des organismes communautaires visait à assurer le maintien de leurs services et activités pour leurs clientèles spécifiques.

3.14 Ressources humaines

Développement régional des ressources humaines

Dans le cadre de sa mission relative au développement des compétences du personnel œuvrant dans les établissements de notre région, l'Agence compte sur la collaboration de trois comités régionaux, soit le comité de coordination et de concertation régional en ressources humaines des établissements, le comité régional de développement du personnel d'encadrement et le comité régional de développement du personnel syndiqué pour assurer le développement des compétences afin d'assurer des services de qualité à la population.

Personnel d'encadrement

Pour l'année 2009-2010, le budget de développement des compétences du personnel d'encadrement s'élevait à 249 600 $. Une portion du budget, soit 59 647 $, a été retenue pour soutenir les activités de développement régionales. Le solde a été réparti au prorata du nombre de cadres équivalents temps complet dans chacun des établissements au 31 mars 2009.

A été respecté et fourni le programme de développement du personnel d'encadrement de 2e cycle (18 personnes), de 1er cycle (18 personnes) et de 2e cycle (48 personnes) pour la préparation de la relève des cadres intermédiaires, ce qui représente 71 jours de formation en salle. Les coûts sont partagés entre l'Agence, les établissements et les participants.

Le personnel d'encadrement participe aux formations fournies dans les différents secteurs et pour les différentes problématiques, conjointement avec les professionnels du réseau.

D'autre part, trois formations régionales ont été organisées pour le personnel d'encadrement du réseau, soit « La mobilisation et l'intergénérationnel », « Influence et habiletés politiques » ainsi que « L'obligation de civilité en milieu de travail ».

Personnel syndiqué du réseau

L'Agence assure la promotion et la diffusion des programmes québécois de formation élaborés par le Ministère et travaille conjointement avec les responsables des établissements pour la mise en œuvre, selon les priorités régionales et locales.

Afin de consolider le développement des compétences et la mise en place de nouvelles pratiques, approches et technologies, l'Agence a investi quelque 488 714 $ dans divers programmes touchant les soins infirmiers, plus spécifiquement le programme « Agir » pour les préposés aux bénéficiaires et le programme « Thérapie intraveineuse » destiné aux infirmières auxiliaires, les secteurs de la santé mentale et dépendance, personnes âgées en perte d'autonomie, enfance-jeunesse-famille, maladies chroniques, sécurité civile, planification de la main-d'œuvre, qualité des services et préparation à la retraite. Environ 60 thèmes de formations ont été offerts, en supplément des formations en pandémie d'influenza.

Planification de la main-d'œuvre

La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent se caractérise par une grande vulnérabilité dans les secteurs des soins infirmiers, de la pharmacie, de la réadaptation et dans le domaine social. L'Agence, de concert avec l'ensemble des établissements de la région, a travaillé cette année sur le nouveau modèle de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre établi par le MSSS dans son cadre normatif. Les étapes suivantes ont été réalisées dans tous les établissements :

- Portrait de main-d'œuvre;
- Rétention des nouvelles personnes embauchées;
- Vulnérabilité, retraite et maternité;
- Indicateurs de gestion;
- Projections sur trois ans.

Un plan d'action régional en matière de main-d'œuvre sera établi en fonction des principaux constats et des différents angles d'analyse appropriés.

Il est à noter que l'âge moyen des employés de la région du Bas-Saint-Laurent est de 43 ans.

Axe : Personnel du réseau et du Ministère

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇨ Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

Indicateurs	*Résultats* 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats** 2009-2010*
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,74 %	6,52 %	5,54 %
3.2 Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier	75,0 %	100,0 %	25 %
3.3 Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	100,0 %	100,0 %	100 %
3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	Nouveau	47 %	50,6 %

Commentaires

Malgré certaines difficultés rencontrées au niveau de l'assurance salaire dans deux établissements, le résultat global pour la région est demeuré relativement bas, se situant significativement sous la cible.

Quant au recours au temps supplémentaire en soins infirmiers, la situation a été beaucoup plus difficile cette année. Dans six établissements sur huit, la cible n'a pu être atteinte. Cela démontre bien les difficultés de remplacement vécues par les établissements. Les écarts sont particulièrement importants dans les trois CSSS de l'extrême est de la région.

Sauf pour un établissement qui est présentement en accompagnement, les résultats décrits ci-haut n'ont pas mis en péril l'équilibre budgétaire.

La titularisation de postes à temps complet régulier s'est poursuivie en 2009-2010, ce qui a permis d'atteindre et même de dépasser la cible régionale.

* Résultats en date du 28 février 2009, P-12
** Résultats en date du 16 mai 2010 (3.1 provient d'une requête régionale considérant l'absence de CIFINO en P-13)

Une entente a été conclue entre la Fondation de l'UQAR et l'Agence pour la création de bourses d'études, à raison de 5 000 $ par année pour une durée de 5 ans. Les 5 premières bourses de 1 000 $, réservées exclusivement à des personnes étudiant dans les programmes reliés au secteur de la santé et des services sociaux à l'UQAR, ont été remises en mars 2010. Les récipiendaires s'engagent à demeurer et à pratiquer dans la région du Bas-Saint-Laurent, et ce, pour une période minimale de deux ans à la suite de leurs études. Cette décision s'inscrit dans un contexte de rareté de main-d'œuvre où l'attraction et la rétention du personnel sont des préoccupations quotidiennes.

Soutien financier en soins infirmiers

L'embauche d'étudiants en soins infirmiers durant l'été revêt une grande importance pour les établissements. Cet ajout de ressources apporte un nouveau souffle dans les équipes de travail, en plus d'être une excellente mesure d'attraction. Consciente de l'importance de ce programme, l'Agence a financé la supervision clinique des étudiants de 2e année (externes) et de 3e année (candidates à l'exercice de la profession infirmière) pour la période estivale 2009.

Ce sont 16 projets au total qui ont été financés par l'Agence pour un montant de 171 100 $ et 68 étudiants ont pu bénéficier d'un accompagnement professionnel particulier

leur permettant de développer plus rapidement leur autonomie et leur confiance en soi.

Pour la troisième année consécutive, 2 établissements ont reçu un budget de 25 000 $ de l'Agence pour l'organisation d'ateliers de préparation à l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec destinés aux candidates à l'exercice de la profession infirmière. Ces ateliers ont pris la forme de trois journées de préparation de l'examen sous forme d'examens cliniques objectifs structurés ainsi que d'un temps de formation sur la gestion du stress. Depuis le début de cette initiative, le taux de réussite de l'examen de l'Ordre n'a cessé d'augmenter pour l'ensemble de la région et a atteint 97 % l'automne dernier.

Programme national de soutien clinique – Volet préceptorat

Le Programme national de soutien clinique – Volet préceptorat fait partie d'une stratégie de main-d'œuvre et a pour but de développer le soutien clinique par l'entremise d'un accompagnement professionnel. Le préceptorat, basé sur une méthode d'enseignement et d'apprentissage, vise à aider les infirmières et infirmières auxiliaires à acquérir les compétences nécessaires au moyen d'une surveillance directe et circonscrite dans le temps. L'objectif du programme est d'offrir hebdomadairement aux infirmières et infirmières auxiliaires ayant moins de trois ans d'expérience et travaillant sur les quarts de soir et de nuit, un temps de préceptorat.

L'année 2009-2010 devait être consacrée à la mise en œuvre des programmes de préceptorat développés dans la région l'année dernière par la mise en commun des expertises et des ressources régionales.

Pour ce faire, l'Agence a soutenu financièrement la formation d'une ressource régionale et celle-ci a formé 42 préceptrices au Bas-Saint-Laurent. Une activité régionale portant sur la consolidation des acquis a été organisée en fin d'année afin d'assurer l'implantation de ce programme.

Nous n'avons rejoint que 15 % des personnes admissibles au programme de préceptorat 2009-2010. Plusieurs difficultés ont été rencontrées et en février 2010, seulement 7 préceptrices sur 42 étaient toujours intéressées et impliquées dans le programme. Les candidates ont également souligné le manque de soutien et de reconnaissance des établissements.

Par contre, la consolidation des connaissances théoriques des participantes ainsi que le partage de leur expérience furent positifs.

Mesures administratives applicables au personnel clinique et autres mesures incitatives

Les mesures administratives particulières applicables au personnel clinique ont été reconduites pour la période 2009-2010 et un budget de 46 500 $ a été accordé pour la région. Seule la prime pour un quart de travail supplémentaire était applicable cette année et visait l'augmentation de la disponibilité du personnel clinique pendant la période estivale. Un montant global de 73 982 $ a été utilisé pour le paiement de cette prime, les coûts excédentaires devant être assumés par les établissements concernés. Cette prime pouvait également être versée aux techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux et 1 927 $ ont été payés sur un budget de 3 120 $ qui avait été réservé.

De nouvelles primes ont été instaurées à l'été 2009, soit les mesures de valorisation temporaires pour la profession d'infirmières. Ces primes de 3 000 $ et de 2 000 $ par année sont destinées aux nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires qui offriront la disponibilité minimale exigée par le Ministère. Également, une prime de 8 000 $ sera versée à l'infirmière qui acceptera de reporter d'une année la prise de sa retraite.

Le Ministère autorise toujours le versement d'une prime de 7 % aux infirmières des urgences et des soins intensifs, et ce, afin d'atténuer les effets de la pénurie d'infirmières, plus particulièrement dans les secteurs critiques des établissements comptant un

volume d'activités plus important. Seulement deux établissements sont autorisés à appliquer cette mesure au Bas-Saint-Laurent, soit les CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup.

Primes de recrutement et de maintien en emploi et forfait d'installation aux pharmaciens en établissement

Grâce aux primes de recrutement disponibles pour la région, 2 forfaits d'installation de 25 000 $ ont été versés au CSSS de La Mitis et au CSSS des Basques ainsi que 3 forfaits de 17 500 $ au CSSS de Rimouski-Neigette pour l'embauche de 5 nouvelles ressources en pharmacie. Nul doute que ces forfaits ont permis d'attirer ces pharmaciennes et pharmaciens en région et permettront ainsi d'améliorer la prestation des services offerts à la population.

Service régional de main-d'œuvre

Le Service régional de main-d'œuvre a traité 1 370 requêtes dans l'année 2009-2010. Nous observons seulement trois personnes inscrites sur la liste de salariés disponibles au 31 mars 2010 en sécurité d'emploi, comparativement à dix et plus pour les années passées. Du côté des cadres en stabilité d'emploi, aucun nom ne figure sur cette liste au 31 mars 2010.

Coordination des stages

Le sous-comité régional sur la coordination des stages a comme mission première de s'assurer que le nombre de places de stages offertes est suffisant pour accueillir tous les stagiaires dans la région. Ce sous-comité est composé des représentants des ressources humaines des établissements de santé et de services sociaux et des représentants des maisons d'enseignement (commissions scolaires, cégeps et université). De plus en plus, ce lieu d'échange permet de discuter de différents dossiers communs et de partager des expériences positives vécues dans les établissements. La rencontre habituelle de juin s'est tenue conformément au calendrier établi. Cependant, celle de décembre a été annulée en raison de la mobilisation du personnel liée à la pandémie d'influenza.

Mobilisation

À la suite d'une réflexion à la Table des directeurs généraux et après consultation des directeurs des ressources humaines, l'Agence a initié une démarche regroupant les régions du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie – Iles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord afin d'effectuer une réflexion sur l'état de situation concernant le climat de travail des cadres intermédiaires et supérieurs en rapport avec leurs conditions d'exercice. Un comité « Qualité de vie au travail » (QVT) a procédé à un diagnostic, établi un plan d'action et identifié des conditions gagnantes pour l'amélioration de la QVT du personnel d'encadrement.

Nous avons informé le MSSS de notre démarche et avons convenu de stratégies d'actions régionales afin de soutenir les cadres en exercice. À la demande des directeurs généraux de notre région, plusieurs options ont été élaborées, telles que le soutien aux gestionnaires ayant moins de trois ans d'exercice, une revue de littérature concernant le mentorat et le *coaching* et l'identification d'une journée sans réunion dans la semaine, soit le mercredi, afin que les cadres puissent être avec leur équipe.

Également, un consensus a été effectué dans les régions respectives et voici quelques pistes retenues : favoriser les petites actions pour être en mesure de les réaliser, travailler des volets communs tels que le soutien aux nouveaux cadres qui pourrait prendre la forme de *coaching* avec un volet d'accompagnement à l'intégration au sein de l'établissement (outils et moyens à définir) et un projet pilote de révision de l'organisation du travail du personnel d'encadrement.

Valorisation

Deux semaines thématiques de valorisation et de reconnaissance des professions reliées au domaine de la santé dans l'ensemble des

établissements de la région du Bas-Saint-Laurent se sont tenues en septembre 2009. Des conférences de presse ont précédé le lancement des semaines thématiques dans le but de stimuler l'intérêt et de valoriser les métiers et les membres du personnel des établissements en publicisant leurs bons coups. Le tout a été souligné dans les établissements, pour ceux et celles qui le souhaitaient, lors de séances de conseil d'administration. L'Agence a soutenu financièrement les parutions dans les hebdomadaires régionaux des établissements pour un montant de 11 678 $ en 2009.

Dans le cadre du concours bisannuel « Qualité de vie au travail », les efforts de trois établissements ont été reconnus. Le premier prix a été décerné au Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata pour son projet « Donnez au suivant », le deuxième prix a été remis au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent pour son projet « Praxéologie » et le troisième au comité QVT du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. Ce concours est mis de l'avant depuis 1991 par le Comité de coordination et de concertation régional en ressources humaines de la région du Bas-Saint-Laurent, formé de représentants des huit CSSS, du Centre jeunesse et du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle. Il est primordial de promouvoir et d'encourager les employés qui participent activement à la réalisation de projets novateurs qui renforcent le sentiment d'appartenance au sein des organisations et qui ont des effets bénéfiques auprès de la clientèle.

Organisation du travail

On se rappelle qu'en juin 2008, le MSSS annonçait une série de mesures visant à faire face au défi de la main-d'œuvre en soins infirmiers. De ces mesures, l'organisation du travail était le principal levier qui nous permettait d'utiliser de façon optimale les effectifs en soins infirmiers. Ainsi, le CSSS de La Matapédia s'est vu confirmer une subvention non récurrente de 399 000 $ pour la réalisation d'un projet novateur d'organisation du travail en hébergement à la Résidence Marie-Anne Ouellet au cours des années 2008-2011.

Ce projet d'organisation du travail en hébergement institutionnel, en prenant appui sur la révision globale de l'offre de service aux personnes âgées, du domicile à l'hébergement en passant par les services alternatifs, arrive à terme. Les impacts recherchés sur les ressources humaines sont l'utilisation optimale de la main-d'œuvre dans un contexte de vulnérabilité des ressources humaines et de pénurie anticipée d'ici trois à cinq ans, l'augmentation de la satisfaction du personnel par l'obtention de conditions de travail plus agréables, l'amélioration du climat de travail et la mobilisation des employés.

Mentionnons que le comité directeur de ce projet était composé en parts égales des représentants des parties syndicales et de la direction du CSSS afin d'en assurer la réalisation. Ce projet d'organisation du travail a l'avantage d'être exportable dans d'autres régions du Québec et constitue une expérience importante dans le contexte des difficultés actuelles et anticipées de main-d'œuvre.

Climat de travail

Le Ministère a été invité à rencontrer les directeurs des ressources humaines de la région en mai 2009 afin de présenter le Programme de santé des organisations et des individus (PSOI). L'offre du PSOI porte sur la gestion de la présence au travail dans le réseau (soutien aux établissements), la gestion de l'information reliée à la présence au travail (gestion de la base de données, élaboration et suivi des indicateurs de gestion), la coordination des approches touchant le climat de travail et la santé organisationnelle (Planetree, HPS, Entreprise en santé, etc.) et finalement l'intégration des approches avec le processus d'agrément. Le PSOI comporte l'exercice de trois rôles principaux qui sont la promotion, l'intervention/accompagnement et la vigie. Le MSSS offre à chaque établissement intéressé un accompagnement dans l'implantation de différentes approches dans les organisations afin que celles-ci deviennent des employeurs de choix.

Dans notre région, le MSSS et l'Agence ont accepté de soutenir un projet d'expérimentation « Planetree », une approche intégrée visant une culture orientée vers la personne, au CSSS de La Mitis. Ce projet est estimé à un coût maximal de 150 000 $ pour lequel l'Agence financera 75 % du coût, soit la somme maximale de 112 500 $, l'autre portion étant assumée par l'établissement. Actuellement, ce projet axé sur une approche humaniste contribuera à l'attraction et à la rétention de la main-d'œuvre dans cet établissement.

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

La région du Bas-Saint-Laurent s'est vu octroyer six bourses en soins infirmiers de première ligne. La répartition de ces bourses aux établissements de notre région est en lien avec le manque d'omnipraticiens sur notre territoire.

L'infirmière praticienne spécialisée (IPS) en soins infirmiers de première ligne relève de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Celle-ci exerce un partenariat avec un ou plusieurs médecins de famille accessibles dans son milieu de pratique ou à distance. Ensemble, ils offrent des soins de première ligne à une population donnée, dans différents milieux cliniques.

Actuellement, deux établissements ont été en mesure de recruter des IPS.

Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs

Le Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs (SRPPST) offre les services professionnels de deux conseillers en prévention et en réadaptation et d'un psychologue organisationnel.

Un soutien aux activités des différents comités paritaires est offert. Huit établissements sur dix ont un comité paritaire en santé et sécurité au travail fonctionnel ou en démarrage. Une poursuite des orientations axées sur l'implication des comités paritaires dans des actions concrètes sur le terrain est en cours et soutenue par une formation conceptualisée par les professionnels du SRPPST. Cette approche demeure la prémisse d'une philosophie de prévention en développement à laquelle adhèrent tous les comités avec qui une collaboration est active.

Dans le contexte de la pandémie d'influenza, le SRPPST a offert à tous les établissements de santé du Bas-Saint-Laurent une formation adaptée. Celle-ci s'est déployée rapidement en avril et en mai 2009 afin de doter chaque établissement de personnes responsables des tests d'étanchéité et de l'application du Programme de protection respiratoire dans ce contexte particulier.

Toujours dans un contexte de prévention en santé et sécurité du travail, différentes formations ont été proposées aux établissements, notamment au niveau du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail. De plus, des démarches de soutien dans l'exploration sommaire des événements accidentels ou des situations dangereuses ont été réalisées dans l'optique d'utiliser les données disponibles pour cibler et articuler les processus et les actions en prévention de la santé et de la sécurité au travail à travers une planification stratégique.

Au-delà des services de soutien-conseil aux établissements qui occupent la part du lion quant à l'exercice professionnel du psychologue organisationnel, celui-ci a présenté une formation portant sur le changement, a contribué à l'analyse des données de mobilisation de l'agrément pour un établissement et a participé à l'optimisation de l'offre de service du SRPPST.

Les résultats obtenus par les établissements de la région en regard de la gestion de la présence au travail démontrent une diminution du taux d'absentéisme de 0,2 %. Le résultat atteint par la région, au 31 mars 2010, s'établissait à 5,54 % comparativement à la cible de l'entente de gestion qui est de 6,52 %, pour un écart positif de 0,98 %. À cette période, huit établissements atteignaient la cible fixée avec un écart intéressant, excluant

l'Agence. Par contre, deux établissements sur dix dépassaient la cible et un plan d'action leur a été demandé.

Les motifs d'absence en assurance salaire se répartissent comme suit.

Médecine	22,1 %
Chirurgie	8,9 %
Psychologique	37,3 %
Musculo-squelettique	23,9 %
Oncologie	6,6 %
Autres	1,4 %

Fréquence et gravité régionale des lésions professionnelles en 2009-2010

Les données régionales reliées aux lésions professionnelles sont encourageantes pour l'année 2009-2010. En effet, le nombre d'accidents pour l'ensemble des établissements de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent est de 292 accidents comparativement à 305 accidents en 2008-2009. L'indice de fréquence des lésions a, quant à lui, diminué de près de 32 % en 7 ans. La gravité des lésions professionnelles a également diminué, passant de 7 068 $ imputés par million de masse salariale déclarée à la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) en 2004-2005 pour se situer à 4 782 $ en 2009-2010, soit une diminution de 32 %.

L'absentéisme global régional

Les coûts d'absentéisme global régional, incluant les montants versés en assurance salaire, en cotisation CSST et en assignation temporaire, ont également diminué en 2009-2010. Le total d'absentéisme global régional en 2009-2010 est en économie de 400 000 $ par rapport à l'année précédente.

Cette diminution de l'absentéisme régional est attribuable aux différentes interventions des établissements bas-laurentiens telles que la promotion et la prévention de la santé et la sécurité au travail.

Projet de soutien professionnel en réadaptation des travailleurs aux prises avec des troubles musculo-squelettiques

Le Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs s'est doté au cours de l'année 2008-2009 d'un nouveau service en réadaptation des travailleurs accidentés avec blessures de type musculo-squelettiques. Ainsi, les travailleurs qui demeurent avec des restrictions médicales fonctionnelles qui entravent leur retour au travail sont soutenus dans le cadre d'un programme de retour au travail adapté.

Rappelons que ce programme a été mis en place en octobre 2008 pour une durée de deux ans et a fait l'objet d'une étude prospective ayant démontré le besoin de ce type de programme de réadaptation pour les établissements de la région. Ainsi, les activités prévues au projet se sont poursuivies en 2009-2010. Le projet, avec l'accord des responsables des établissements, s'est enrichi dans le soutien à la gestion du retour au travail pour les travailleurs éprouvant des problématiques en santé psychologique. L'Agence a assumé 100 % des coûts de ce projet pour la première année d'opération et un partage à 75 % par l'Agence et 25 % par les établissements pour la deuxième année. Notons que neuf des dix établissements de la région du Bas-Saint-Laurent participent à ce projet.

Les résultats obtenus par le projet de réadaptation démontrent, depuis 2006-2007, une diminution de 31 % de la durée moyenne des absences, alors que les coûts moyens des absences pour troubles musculo-squelettiques ont diminué de 24 % pendant la même période.

Ainsi, les retombées du programme de retour au travail adapté seront présentées aux différents comités de direction et aux conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des huit MRC. Plus de 75 travailleurs ont bénéficié du programme depuis 2008-2009. La moyenne de la durée d'absence des travailleurs admis au programme est passée

de 17 mois en 2008-2009 à moins de 9 mois en 2009-2010. Le taux de retour au travail de ces travailleurs à la fin de l'exercice financier est de l'ordre de 90 %. L'écart représente certains travailleurs ayant quitté le réseau et ceux qui sont toujours en cours de processus.

Soulignons finalement que le Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs est toujours à la recherche d'améliorations, et ce, dans une optique d'efficience de ses services. Ainsi, tout en demeurant disponible pour des interventions spécifiques (ergonomie, évaluation situation de travail, soutien en psychologie organisationnelle, réadaptation, etc.), la réflexion se poursuit sur les moyens à déployer pour optimiser le soutien aux organisations dans l'acquisition des compétences nécessaires à la prise en charge de la prévention et promotion en SST/QVT. Cela, toujours en considérant la réalité, l'évolution et les besoins stratégiques déterminés par chaque organisation.

3.15 Ressources informationnelles et intégration des services

Ressources informationnelles et intégration des services

Outre les actions réalisées dans des projets cliniques, d'autres interventions en lien avec le développement des systèmes d'information sont requises afin d'appuyer et de soutenir l'intégration des services. La mise en place des systèmes d'information clinique et administrative doit permettre la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité, l'accessibilité et la sécurité de l'information en temps réel. Cette façon de faire permet de soutenir la gestion quotidienne, la prise de décision, l'échange d'information de même que les pratiques cliniques dans une optique d'optimisation et de consolidation des ressources humaines et technologiques.

Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2010-2015

Au cours de l'année, l'Agence a entrepris, avec les partenaires du réseau, l'élaboration du Plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI) 2010-2015.

La portée du PSRRI vise avant tout à soutenir les réseaux locaux de services dans l'accès et le partage de l'information clinique et administrative locale, régionale et nationale. Elle rend également possible la mise en œuvre des orientations cliniques priorisées dans la prestation des soins et des services à la population par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les établissements, les cliniques médicales et les autres partenaires associés.

Conséquemment, le PSRRI touche l'ensemble des ressources informationnelles, c'est-à-dire les équipements et les systèmes d'information, les individus qui y travaillent, les structures organisationnelles, la gestion, le développement et les opérations. Il englobe les secteurs d'activités des CSSS et certains secteurs d'activités des établissements spécialisés régionaux, des cliniques médicales et des pharmacies communautaires dans les domaines d'affaires cliniques et administratifs.

Le plan stratégique régional des ressources informationnelles est d'une portée de cinq ans.

Les axes de développement retenus s'inscrivent en continuité des projets réalisés dans le Plan stratégique régional des RI 2005-2007. L'accès et le partage de l'information clinique par la mise en place d'un dossier patient partageable demeurent, depuis 2005, une orientation encouragée par les cliniciens. Ce besoin d'accès et d'échange d'information clinique est toujours prioritaire et se consolide encore un peu plus dans le présent plan stratégique 2010-2015 par la poursuite des travaux menant à la mise en place à différents niveaux de dossiers patients électroniques.

Les axes de développement retenus sont :

- Accès et partage de l'information clinique

  a) Donner accès aux CSSS de la région à un dossier patient clinique informatisé permettant l'échange local de l'information;

  Poursuivre l'actualisation du dossier médical électronique régional, soit la clinique médicale virtuelle, en prévoyant son expansion potentielle;

  Doter la région d'une plateforme d'intégration technologique permettant l'échange régional et national de l'information.

  b) Améliorer l'accès régional et national aux informations cliniques, en s'appuyant sur nos acquis, soit en améliorant l'accès aux systèmes d'information de base et en déployant le Dossier de santé du Québec (DSQ).

- Répondre aux besoins en matière de systèmes d'information découlant de la planification stratégique 2010-2015;

- Gouvernance et gestion des ressources informationnelles :

  - Revoir la gouvernance et la gestion des RI pour favoriser une responsabilité à partager sur les plans régional et local;

  - Poursuivre la mise en place des meilleures pratiques dans tous les domaines (infrastructures, applicatifs, équipements, sécurité, gestion de projets, gestion du changement, soutien et maintien des actifs).

Évidemment, les activités reliées aux infrastructures et à la sécurité se poursuivent et devront s'adapter aux axes de développement.

La réalisation des objectifs et des axes de développement inscrits au PSRRI 2010-2015 au cours des prochaines années contribuera de façon certaine à soutenir la prestation de soins et de services plus accessibles et de meilleure qualité à la population du Bas-Saint-Laurent.

Systèmes d'information

Dossier médical électronique des cliniques médicales GMF

Le déploiement du dossier médical électronique est pratiquement terminé dans les GMF de la région.

Dossier de santé du Québec (DSQ)

Parallèlement aux travaux réalisés par le MSSS, la région se prépare à la venue du DSQ. Dans ce contexte, certains travaux préparatoires, qui devront se poursuivre en 2010-2011, ont été réalisés avant le déploiement comme tel de ce dossier. Ces travaux concernent la mise en place et la normalisation des index patients des CSSS ainsi que la migration des systèmes de laboratoire.

Le déploiement du système de laboratoire en mode multiétablissements est en cours. La mise en place de ce mode de déploiement exige une unification des dictionnaires et des tests pour l'ensemble des laboratoires de la région. Des sous-comités ont commencé leurs travaux à l'automne 2009. De plus, le mode multiétablissements facilitera le déploiement des résultats de laboratoire dans le DSQ et les échanges d'information avec d'autres systèmes tels que la clinique médicale virtuelle.

Nouveaux systèmes d'information déployés au cours de l'année

Certains systèmes d'information ont été déployés en cours d'année, notamment :

- Le réseau de services intégrés en personnes âgées;

- Le projet pilote, dans un établissement, d'un système d'information sur les infections nosocomiales;

- La préparation d'un dossier d'affaires pour un système d'information sur le suivi systématique informatisé de la clientèle en maladies chroniques, volet diabète.

Réalisation des comités régionaux

Des comités aviseurs régionaux se sont réunis régulièrement au cours de la dernière année afin de soutenir les établissements dans la mise en place des systèmes d'information, la gestion du changement et l'optimisation des infrastructures et de sécurité. Ces comités sont formés d'un représentant de chaque établissement et animés par la coordonnatrice des ressources informationnelles régionales et des représentants de l'Agence. Ces comités, qui touchent à la sécurité, aux applicatifs utilisés ainsi qu'à la technologie, ont présenté des projets, des préoccupations et des recommandations au Comité directeur des ressources informationnelles pour approbation et consultation.

Réalisations du Comité aviseur de la sécurité

- Validation et suivi de l'état d'avancement des 15 mesures prioritaires de sécurité pour chaque établissement.
- Séances de travail pour faciliter la catégorisation des actifs informationnels.
- Formation aux membres sur l'analyse de risque.
- Ordonnancement des systèmes critiques pour la création d'un plan de continuité des affaires.

Réalisations du Comité aviseur applicatif

- Évaluation de la pertinence des changements de version (mises à jour minimalement tous les deux ans) des systèmes d'information de gestion des rendez-vous, des requêtes de laboratoire et de radiologie et du dépôt de données cliniques et des demandes de services interétablissements. Évaluation des impacts sur l'organisation des services et sur la continuité des affaires des établissements.
- Mise en place d'un programme de formation en gestion du changement (pour les cas de mises à jour importantes ou de déploiement d'un nouveau système d'information). Les premières formations ont été axées sur les principes de base et sur les outils.

Réalisations du Comité aviseur technologique

Les travaux de ce comité ont principalement porté sur l'optimisation des infrastructures ainsi que sur la mise à niveau et le partage des connaissances en créant un réseau d'expertise technique régional.

Technologie et infrastructures

Des travaux ont été réalisés afin d'améliorer nos systèmes d'archivage de données. Nous avons également procédé à la migration de nos systèmes d'exploitation vers les versions les plus récentes, de même qu'à l'utilisation de nouvelles dispositions technologiques (virtualisation) ainsi qu'à l'augmentation de notre capacité d'archivage afin de faire face à l'ajout de nouveaux systèmes d'information. Finalement, les travaux sont en cours pour la migration et le rehaussement du réseau de télécommunication qui soutient nos systèmes informatiques.

Sécurité des actifs

En ce qui concerne la sécurité des actifs informationnels régionaux, différentes actions ont été réalisées en cours d'année (audits des salles de serveurs et des équipements des établissements et de l'Agence). Le rapport d'audit a été remis à chaque établissement avec les recommandations et les travaux à effectuer selon le cas.

Plan de continuité des affaires

Les systèmes d'information critique hébergés au Technocentre éprouvent de la redondance en cas de problèmes. Dans le but d'augmenter la sécurité de notre infrastructure, des travaux sont en cours afin de produire un plan de continuité des affaires lors d'un problème majeur impliquant une relève hors site.

3.16 Projets d'immobilisations et achats d'équipements médicaux spécialisés

Projets d'immobilisations (financement du MSSS)

Les principaux projets d'immobilisations en cours, pour l'année 2009-2010, concernent les établissements suivants :

CSSS de Rimouski-Neigette

Dans le cadre de la planification stratégique immobilière régionale, la première phase du Plan directeur immobilier de l'Hôpital régional de Rimouski, touchant principalement l'imagerie médicale et la pharmacie, a reçu un avis favorable d'exécution. Pour cette première phase d'une envergure de 17,9 millions de dollars, les appels d'offres ont eu lieu à l'été 2008. Les travaux sont en cours et devraient être terminés à l'automne 2010.

CSSS de La Matapédia

Dans le cadre des orientations ministérielles pour le développement durable, le CSSS de La Matapédia et la Coopérative forestière de La Matapédia ont élaboré un projet de chauffage à la biomasse. Ce projet représente des investissements de 1 260 748 $, dont 575 000 $ seront assumés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et la différence, par une autorisation d'emprunt. La construction et la mise en marche sont complétées.

Projets d'immobilisations (financement régional)

CSSS de Rimouski-Neigette

Afin d'améliorer la qualité des services destinés à la clientèle en santé mentale et de lui offrir des services de réadaptation intensive et d'hébergement, un projet de construction d'un édifice de 17 chambres a été autorisé. Ce projet représente des investissements de l'ordre de 3,155 millions de dollars, dont une somme de 2 500 000 $ sera versée par le Ministère. Les plans et devis sont actuellement en préparation et la construction est prévue pour l'automne 2010.

En ce qui a trait à l'implantation du Campus universitaire, la phase 1 du projet est en cours de réalisation afin d'accueillir des résidents en médecine. L'Agence a accordé un montant de 597 000 $ pour réaliser ces travaux. Ceux-ci devraient être complétés au cours de l'année 2011.

CSSS de La Matapédia

Dans le cadre de l'actualisation de son plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, des travaux de l'ordre de 1,6 million de dollars sont prévus, dont 904 000 $ provenant du Ministère, la différence étant assumée par l'établissement et l'Agence. Les travaux sont terminés.

CSSS de Rivière-du-Loup

Afin de répondre à l'offre de service à l'Île-Verte (Notre-Dame-des-Sept-Douleurs), le dispensaire nécessitait des investissements importants tant en maintien des actifs qu'en rénovation fonctionnelle. L'Agence a accordé au CSSS de Rivière-du-Loup un montant de 278 364 $ en rénovation fonctionnelle, alors que l'établissement a couvert le frais de maintien des actifs. Les travaux sont terminés depuis l'automne 2009.

Sommaires régionaux des fonds d'équipements et d'immobilisations

Les investissements pour des projets d'immobilisations et d'équipements pour les secteurs santé et social

Immobilisations		
• Sécurité		340 000 $
• Vétusté		8 491 876 $
• Rénovation fonctionnelle		3 485 364 $
• Augmentation de capacité		575 000 $
		12 892 240 $
Équipements		
• Technologies de l'information		**705 723 $**
▪ Allocations MA actifs informationnels	651 422 $	
▪ Projet PMO-Ppo	4 522 $	
▪ Transcription médicale	23 580 $	
▪ Nosokos	26 199 $	
• Équipements médicaux et autres		**12 194 680 $**
▪ Allocations MA équipements médicaux	6 575 516 $	
▪ Allocations MA équipements non médicaux et mobiliers	1 654 232 $	
▪ Équipements médicaux haute technologie	2 100 000 $	
▪ Aides techniques	49 042 $	
▪ Aides techniques personnes handicapées	307 203 $	
▪ Équipements en soins infirmiers	298 000 $	
▪ Appareil de thérapie VAC	19 887 $	
▪ Équipements – PFT imagerie Rimouski	790 000 $	
▪ Équipement – de pharmacie	15 000 $	
▪ Mobiliers divers	35 500 $	
▪ Petits équipements bloc opératoire	300 000 $	
▪ Autres : Équipements oxygène pandémie	50 300 $	
		12 900 403 $

Les principales acquisitions d'équipements médicaux spécialisés et ultraspécialisés pour les centres hospitaliers de la région sont les suivantes :

Établissements de la région Bas-Saint-Laurent

Acquisitions - Équipements médicaux spécialisés et ultraspécialisés

Établissement	Projet	Subvention
CSSS de Rimouski-Neigette	Accélérateur linéaire	2 100 00 $

Chapitre 4 – Données financières 2009-2010

4.1 Résultats financiers de l'Agence

Rapport de la direction sur les états financiers de l'Agence

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a à approuver les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le Comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le vérificateur externe a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport des vérificateurs expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le vérificateur externe peut, sans aucune restriction, rencontrer le Comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne la vérification.

Le président-directeur général,

Claude Lévesque

Le directeur des ressources financières et matérielles,

Daniel Lévesque, CA

Rapport des vérificateurs sur les états financiers condensés

Raymond Chabot
Grant Thornton

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
2e étage
165, avenue Belzile
Rimouski (Québec) G5L 8Y2

Téléphone : 418 722-4611
Télécopieur : 418 722-4004
www.rcgt.com

Lettre d'accompagnement

Aux administrateurs de
l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Les renseignements financiers ci-joints sont extraits des états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2010, sur lesquels nous avons exprimé, ce jour, une opinion sans réserve. Pour mieux comprendre la situation financière de l'entité et les résultats de ses activités, il convient de lire les renseignements financiers à la lumière des états financiers vérifiés.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.

Comptables agréés

Rimouski, le 7 juin 2010

États des résultats du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2010

RÉSULTATS

		Activités principales		Activités accessoires	
PRODUITS		**Exercice courant 1**	**Exercice précédent 2**	**Exercice courant 3**	**Exercice précédent 4**
Subventions MSSS :					
Budget signifié	01	6 865 441 $	6 707 771 $		
(Diminution) ou augmentation du financement	02	23 300 $	23 001 $		
Variation des revenus reportés - MSSS	03	335 $	13 195 $		
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	04	(9 499) $	16 826 $		
Total (L. 01 à L.04)	05	6 879 577 $	6 760 793 $		
Revenus de placements	06	6 879 $	21 440 $	10 387 $	42 997 $
Revenus commerciaux	07				
Revenus d'autres sources :					
Recouvrements	08	102 490 $	106 280 $	41 349 $	17 297 $
Ventes de services	09		287 808 $		
Subventions du gouvernement fédéral	10				25 618 $
Autres subventions	11	95 247 $	105 728 $	17 692 $	46 938 $
Autres revenus	12	175 669 $	9 682 $		
Total des produits (L.05 à L.12)	13	7 259 862 $	7 291 731 $	69 428 $	132 850 $
CHARGES D'EXPLOITATION					
Salaires	14	4 061 671 $	3 938 302 $		5 318 $
Avantages sociaux	15	900 699 $	768 723 $		2 592 $
Charges sociales	16	542 257 $	512 300 $		720 $
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A.	17	192 571 $	230 518 $	347 $	12 312 $
Services achetés	18	431 064 $	513 949 $	58 887 $	46 357 $
Communications	19	239 715 $	228 723 $		21 807 $
Loyer	20	484 324 $	489 466 $		
Location d'équipement	21	899 $	897 $		
Fournitures de bureau	22	114 736 $	139 299 $	306 $	795 $
Transfert à des établissements	23				
Autres frais	24	67 323 $	78 471 $		
Charges non réparties	25	150 722 $	325 730 $		
Transfert de frais généraux	26				
Charges extraordinaires	27				
Total charges d'exploitation et non réparties (L.14 à L.27)	28	7 185 981 $	7 226 378 $	59 540 $	89 901 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.13 - L.28)	29	73 881 $	65 353 $	9 888 $	42 949 $
À titre informatif seulement : Contributions (+/-)					
En provenance de l'avoir-propre (+)	30				
En provenance de fonds affectés (+)	31		75 000 $		
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	32				
En provenance du fonds de stationnement (+)	33				
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	34	(51 745) $	(135 542) $		
Affectées au fonds de stationnement (-)	35				
Affectées à d'autres fonds (-)	36	(2 626) $	(2 530) $		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29 à L.36)	37	19 510 $	2 281 $	9 888 $	42 949 $

Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2010

RÉSULTATS

PRODUITS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	3 755 416 $	3 605 000 $
Variation des revenus reportés - Crédits régionaux	02		
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - Variation de la provision pour vacances et congés de maladie	03	(159) $	(2 581) $
Contributions des établissements	04	161 431 $	167 152 $
Revenus de placements	05	3 045 $	3 104 $
Revenus d'autres sources :			
Recouvrements	06	193 605 $	207 541 $
Ventes de services	07		
Subventions du gouvernement fédéral	08		
Autres revenus	09	802 915 $	1 114 991 $
Total des produits (L.01 à L.09)	10	4 916 253 $	5 095 207 $
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	11	1 411 436 $	1 107 778 $
Avantages sociaux	12	270 016 $	202 428 $
Charges sociales	13	210 672 $	164 073 $
Frais de déplacement et d'inscription	14	168 762 $	155 474 $
Services achetés	15	2 473 198 $	2 057 617 $
Communications	16	77 323 $	88 458 $
Loyer	17	164 789 $	154 693 $
Location d'équipement	18	3 888 $	2 582 $
Fournitures de bureau	19	47 117 $	30 262 $
Créances douteuses	20		
Autres charges	21	9 089 $	11 973 $
Transferts de frais généraux	22		
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.22)	23	4 836 290 $	3 975 338 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.23)	24	79 963 $	1 119 869 $
À titre informatif seulement : Contributions			
En provenance du fonds d'exploitation (+)	25	2 626 $	2 530 $
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	26		
En provenance de fonds affectés (+)	27	68 621 $	59 120 $
Affectées au fonds d'exploitation (-)	28		
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	29		
Affectées à des fonds affectés (-)	30		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	31	(79 648) $	
Autres transferts interfonds	32		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.24 à L.32)	33	71 562 $	1 181 519 $

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2010

RÉSULTATS

PRODUITS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
Ministère de la santé et des services sociaux :			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	687 929 $	988 667 $
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	2 061 361 $	2 854 262 $
Revenus de placements	03		
Gain sur disposition	04		
Amortissement des revenus reportés :			
Contributions du gouvernement fédéral	05		
Autres contributions et dons	06		
Autres revenus	07		
Total des produits (L.01 à L.07)	08	2 749 290 $	3 842 929 $
CHARGES			
Frais d'intérêts :			
Corporation d'hébergement du Québec	09	674 877 $	862 948 $
Financement Québec	10	1 386 484 $	1 991 314 $
Société d'habitation du Québec	11		
Autres	12	809 $	3 175 $
Frais de gestion autorisés :			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13		
Services achetés	14		
Autres charges d'exploitation	15		
Dépenses non capitalisables financées à même les enveloppes décentralisées	16	27 149 $	
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations	17		
Amortissement - Immobilisations détenues au 31 mars 2008	18	760 726 $	1 056 877 $
Amortissement - Immobilisations acquises à compter du 1er avril 2008	19	384 553 $	64 157 $
Perte sur disposition d'immobilisations	20		
Autres charges	21		
Total des charges (L.09 à L.21)	22	3 234 598 $	3 978 471 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 - L.22)	23	(485 308) $	(135 542) $
À titre informatif seulement : Contributions			
Contributions en provenance du : Fonds d'exploitation-activités principales (+)	24	51 745 $	135 542 $
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	25		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	26		
Fonds des activités régionalisées (+)	27	79 648 $	
De fonds affectés (+)	28		
Fonds de stationnement (+)	29		
Contributions affectées à d'autres fonds (-)	30		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.23 à L.30)	31	(353 915) $	

États des soldes de fonds des fonds d'exploitation, d'immobilisations et des activités régionalisées

Fonds d'exploitation — **Exercice terminé le 31 mars 2010**

SOLDE DE FONDS

			Activités principales 2	Avoir propre 3	Total (C.2 + C.3) 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		2 281 $	1 747 106 $	1 749 387 $
Additions (déductions)		**Reports 1**			
ACTIVITÉS PRINCIPALES					
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	73 881 $			
Transferts interfonds (provenance) :					
Contributions en provenance de l'avoir propre (+)	03				
Contributions de fonds affectés (+)	04				
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)	05				
Contributions du fonds de stationnement (+)	06				
Transferts interfonds (affectations) :					
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	07	(51 745) $			
Contributions à d'autres fonds (-)	08	(2 626) $			
Excédent (Déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.02 à L.08)	09	19 510 $	19 510 $		19 510 $
ACTIVITÉS ACCESSOIRES					
Excédent (Déficit) de l'exercice	10			9 888 $	9 888 $
Transferts interfonds (provenance) :					
Contributions en provenance de l'avoir propre (+)	11				
Contributions du fonds de stationnement (+)	12				
Transferts interfonds (affectations) :					
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	13				
Contributions au fonds de stationnement (-)	14				
Contributions à d'autres fonds (-)	15				
Excédent (Déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.10 à L.15)	16			9 888 $	9 888 $
Autres transferts interfonds incluant ceux de l'avoir propre	17				
Libération de surplus	18		(2 281) $	2 281 $	
Récupération de surplus	19				
Autres additions (déductions)	20				
Variation de l'exercice (L.09 + L.16 + L.17 à L.20)	21		17 229 $	12 169 $	29 398 $
Réforme comptable - Autres redressements demandés par le MSSS	22				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.21 + L.22)	23		19 510 $	1 759 275 $	1 778 785 $

Fonds d'immobilisations – Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2010

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'immobilisations 1	Fonds des activités régionalisées 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		1 383 532 $
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	(485 308) $	79 963 $
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03	51 745 $	2 626 $
Contributions des activités régionalisées (+)	04	79 648 $	
Contritutions de fonds affectés (+)	05		68 621 $
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07		
Contributions à des fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09		(79 648) $
Autres transferts interfonds	10		
Autres additions (déductions)	11	353 915 $	
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12		71 562 $
Réforme comptable - Autres redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14		1 455 094 $

Bilan des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et des immobilisations

Fonds d'exploitation – Fonds des activités régionalisées **Exercice terminé le 31 mars 2010**

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
ACTIF		**Exercice courant**	**Exercice précédent**	**Exercice courant**	**Exercice précédent**
À court terme		**1**	**2**	**3**	**4**
Encaisse	01	2 380 562 $	2 273 435 $	1 880 166 $	1 715 452 $
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
MSSS	03	15 555 $	29 701 $	76 751 $	91 651 $
Établissements publics	04	226 $	140 $	5 976 $	41 030 $
Fonds d'exploitation	05				
Fonds des activités régionalisées	06				
Fonds affectés	07				
Autres	08	191 821 $	110 995 $	96 594 $	88 056 $
Charges payées d'avance	09				
Autres éléments	10				
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.10)	11	2 588 164 $	2 414 271 $	2 059 487 $	1 936 189 $
À long terme Subvention à recevoir – provision pour vacances et congés de maladie	12	736 198 $	754 107 $	135 834 $	127 583 $
Autres éléments d'actif	13				
TOTAL DE L'ACTIF (L.11 à L.13)	14	3 324 362 $	3 168 378 $	2 195 321 $	2 063 772 $
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	15			78 450 $	86 033 $
Emprunts temporaires	16				
Intérêts courus à payer	17				
Créditeurs et charges à payer :					
MSSS	18				
Établissements publics	19	7 058 $	7 799 $	160 323 $	136 306 $
Fonds d'exploitation	20				
Fonds des activités régionalisées	21				
Fonds affectés	22				
Salaires courus à payer	23	457 182 $	410 917 $	118 860 $	84 529 $
Autres	24	110 488 $	115 187 $	217 833 $	243 540 $
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	25	20 892 $	20 892 $		
Autres revenus reportés	26	86 772 $	87 107 $		
Provision pour vacances et congés de maladie	27	863 185 $	777 089 $	164 761 $	129 832 $
Autres éléments	28				
Total – Passif à court terme (L.15 à L.28)	29	1 545 577 $	1 418 991 $	740 227 $	680 240 $
Dettes à long terme	30				
TOTAL DU PASSIF (L.29 + L.30)	31	1 545 577 $	1 418 991 $	740 227 $	680 240 $
SOLDE DE FONDS	32	1 778 785 $	1 749 387 $	1 455 094 $	1 383 532 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.31 + L.32)	33	3 324 362 $	3 168 378 $	2 195 321 $	2 063 772 $

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2010

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01	43 483 $	
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	10 677 123 $	11 588 098 $
Débiteurs MSSS	04	212 129 $	303 716 $
Autres éléments – Taxes à recevoir	05	27 956 $	75 000 $
À long terme			
Immobilisations	06	2 470 911 $	3 343 230 $
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – écart de financement – réforme comptable	07	40 191 808 $	42 136 805 $
Autres éléments d'actif	08		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.08)	09	53 623 410 $	57 446 849 $
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	10		
Emprunts temporaires	11	10 834 097 $	12 136 772 $
Intérêts courus à payer : Financement Québec	12	208 050 $	303 716 $
Corporation d'hébergement du Québec	13	4 079 $	
Autres	14		
Autres éléments	15	203 749 $	
À long terme			
Revenus reportés	16		
Dettes à long terme	17	42 373 435 $	45 006 361 $
TOTAL DU PASSIF (L.10 À L.17)	18	53 623 410 $	57 446 849 $
SOLDE DE FONDS	19		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.18 + L.19)	20	53 623 410 $	57 446 849 $

Bilan combiné des fonds affectés

Fonds affectés cumulés **Exercice terminé le 31 mars 2010**

BILAN

ACTIF **À court terme**		**Exercice courant** **1**	**Exercice précédent** **2**
Encaisse	01	1 502 879 $	1 417 487 $
Placements temporaires	02		
Débiteurs : MSSS	03	20 000 $	25 000 $
MSSS – subvention pour intérêts sur emprunts	04		
Établissements publics	05		
Fonds d'exploitation	06		
Fonds des activités régionalisées	07		
	08		
Autres	09	27 520 $	31 141 $
Charges payées d'avance	10		
Autres éléments	11	182 232 $	
Total - Actif à court terme (L.01 à L.11)	12	1 732 631 $	1 473 628 $
À long terme			
Subvention à recevoir – provision pour vacances et congés de maladie	13	6 744 $	7 783 $
Placements à long terme	14		
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 à L.14)	15	1 739 375 $	1 481 411 $
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	16		
Emprunts temporaires	17		
Intérêts courus à payer	18		
Créditeurs et charges à payer : Établissements publics	19	7 985 $	1 070 $
Organismes	20		
Fonds d'exploitation	21		
Fonds des activités régionalisées	22		
	23		
Salaires courus à payer	24	8 055 $	
Autres	25	514 876 $	235 088 $
Revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	26		
Autres revenus reportés	27		
Provision pour vacances et congés de maladie	28	9 671 $	7 783 $
Autres éléments	29		
TOTAL DU PASSIF (L.16 à L.29)	30	540 587 $	243 941 $
SOLDE DE FONDS	31	1 198 788 $	1 237 470 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.30 + L.31)	32	1 739 375 $	1 481 411 $

État du solde de fonds combiné des fonds affectés

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2010

RÉSULTATS

PRODUITS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
MSSS	01	20 585 272 $	18 301 125 $
Récupération par le Ministère (en déduction)	02		
Crédits régionaux	03	89 548 $	77 048 $
Variation des revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	04		5 663 $
Ajustement de la subvention à recevoir – réforme comptable – variation de la provision pour vacances et congés de maladie	05	(1 039) $	
Revenus de placements	06	16 769 $	67 729 $
Revenus d'autres sources :			
Subvention du gouvernement fédéral	07		
Autres subventions	08		148 818 $
Autres revenus	09	3 328 650 $	3 407 459 $
Total des produits (L.01 à L.09)	10	24 019 200 $	22 007 842 $
CHARGES			
Établissements publics	11	339 052 $	535 257 $
Organismes	12		
Intérêts sur emprunts	13		
Charges d'exploitation :			
Salaires	14		
Avantages sociaux	15		
Charges sociales	16		
Frais de déplacement et d'inscription	17		
Services achetés	18		
Location d'équipement	19		
Fournitures de bureau	20		
Autres charges d'exploitation	21		
Autres charges	22	23 624 596 $	21 497 626 $
Total des charges (L.11 à L.22)	23	23 963 648 $	22 032 883 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10- L.23)	24	55 552 $	(25 041) $

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2010

SOLDES DES FONDS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 237 470 $	1 321 631 $
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	55 552 $	(25 041) $
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03		
Contributions des activités régionalisées (+)	04		
Contributions de fonds affectés (+)	05		
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07		
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09		
Transferts interfonds	10	(68 621) $	(59 120) $
Autres additions (déductions)	11	(25 613) $	
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(38 682) $	(84 161) $
Réforme comptable – Autres redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 198 788 $	1 237 470 $

État de la provenance et de l'utilisation des fonds provenant des fonds affectés

Fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagers entre établissements

Fonds 009 - Services préhospitaliers d'urgence **Exercice terminé le 31 mars 2010**

RÉSULTATS ET SOLDE DU FONDS

PRODUITS		**Répétitif 1**	**Non répétitif 2**	**Total (C.2+C.3) 3**
MSSS	01	17 166 256 $	113 226 $	17 279 482 $
Crédits régionaux	02			
Variation revenus reportés MSSS et crédits régionaux	03			
Ajustement de la subvention à recevoir – réforme comptable – variation de la provision pour vacances et congés de maladie	04			
Revenus autonomes	05	3 266 025 $		3 266 025 $
Revenus de placements	06		9 836 $	9 836 $
Autres revenus :				
Subvention du gouvernement fédéral	07			
Autres subventions	08			
Autres	09		13 804 $	13 804 $
Total des produits (L.01 à L.09)	10	20 432 281 $	136 866 $	20 569 147 $
CHARGES				
Contrats minimaux de services d'ambulance	11	17 266 135 $		17 266 135 $
Particularités régionales	12	29 137 $		29 137 $
Éléments rectifiables	13		316 327 $	316 327 $
Centre de communication santé	14	2 246 215 $		2 246 215 $
Formation	15	360 298 $		360 298 $
Assurance qualité	16	124 928 $		124 928 $
Allocation de retraite	17		113 226 $	113 226 $
Médicaments	18		31 811 $	31 811 $
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	19			
Attribution à des organismes	20			
Ajustements des années antérieures	21		45 084 $	45 084 $
Premiers répondants	22		18 413 $	18 413 $
Déplacement des usagers	23			
Charges d'exploitation :				
Salaires	24			
Avantages sociaux	25			
Charges sociales	26			
Frais de déplacement et d'inscription	27			
Services achetés	28			
Location d'équipement	29			
Fournitures de bureau	30			
Autres charges d'exploitation	31			
Autres charges	32		70 501 $	70 501 $
Total des charges (L.11 à L.32)	33	20 026 713 $	595 362 $	20 622 075 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.33)	34			(52 928) $
SOLDE DU FONDS				Montant
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	35			420 143 $
Additions (déductions)				
Excédent (Déficit) de l'exercice	36			(52 928) $
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	37			
Autres transferts interfonds	38			
Autres additions (déductions)	39			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.35 à L.39)	40			367 215 $

État d'allocation de l'enveloppe régionale de crédits 2009-2010

		Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2009-2010 inscrit dans le système SBF-R	01	501 878 202 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	457 261 074 $
Allocations aux organismes communautaires	03	15 001 442 $
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	685 824 $
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R **(L. 02 à L. 04)**	05	472 948 340 $
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	23 556 685 $
Autres (préciser) Programme d'externat en soins infirmiers	07	10 200 $
TOTAL (L.05 à L.07)	08	496 515 225 $
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	5 362 977 $
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés	10	5 122 962 $
- Comptes à payer non signifiés	11	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés	12	
- Comptes à payer non signifiés	13	
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	5 122 962 $
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	240 015 $
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	
Information additionnelle		
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	17	39 335 298 $
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne 17	18	39 335 298 $

Notes aux états financiers

Note 1 – Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Note 2 – Principales différences avec les principes comptables généralement reconnus

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les principales conventions comptables sont décrites ci-après. Les règles comptables utilisées aux fins de l'établissement de ce rapport financier annuel qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada sont les suivantes :

i) Les instruments financiers ne sont pas classifiés selon les recommandations du chapitre 3855 du Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) et aucune information n'est présentée à leur sujet.

ii) L'état des résultats des différents fonds n'est pas présenté de façon comparative.

iii) Les modifications comptables sont appliquées rétroactivement sans retraitement des chiffres comparatifs.

iv) L'information relative au coût des stocks passé en charges et d'autres informations relatives aux stocks exigées en vertu du chapitre 3031 – Stocks du Manuel de l'ICCA ne sont pas présentées dans les états financiers.

v) L'information relative à la gestion du capital exigée en vertu du chapitre 1535 – Information à fournir concernant le capital du Manuel de l'ICCA n'est pas présentée dans les états financiers.

vi) La portion à court terme de la dette à long terme n'est pas présentée distinctivement de la dette à long terme.

Note 3 – Conventions comptables

Estimations comptables

Pour dresser des états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, la direction de l'Agence doit faire des estimations et poser des hypothèses qui ont une incidence sur les montants présentés dans les états financiers et les notes y afférentes. Ces estimations sont fondées sur la connaissance que la direction possède des événements en cours et sur les mesures que l'Agence pourrait prendre à l'avenir. Les résultats réels pourraient être différents de ces estimations.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est appliquée pour les dépenses et les revenus et s'appuie sur les principes comptables généralement reconnus du secteur public publiés par l'ICCA.

Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.
- Les fonds affectés : fonds constitué de subventions provenant exclusivement du Ministère. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées.
- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds d'un établissement sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

Classification des activités

La classification des activités de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs, et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'Agence est appelée à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le Ministère.
- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services que l'Agence rend dans la limite de ses objets et pouvoirs en sus de la prestation de services qu'elle est appelée à fournir.

Constatation des revenus

L'Agence applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Selon cette méthode, les apports affectés à des charges d'exercices futurs sont reportés et constatés à titre de produits au cours de l'exercice où sont engagées les charges auxquelles ils sont affectés. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou lorsqu'ils sont à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que son encaissement est raisonnablement assuré.

Les apports reçus sous forme d'immobilisations, le cas échéant, sont constatés à titre de produits reportés lorsque l'Agence reçoit les immobilisations et virés aux produits au même rythme que l'amortissement des immobilisations correspondantes. Ces apports sont comptabilisés à la juste valeur des immobilisations ou à la valeur symbolique de 1 $ si la juste valeur ne peut être déterminée au prix d'un effort raisonnable.

Constatation des revenus (suite)

Les apports reçus sous forme de don, legs, subvention ou autre forme de contributions sans condition rattachée, le cas échéant, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisés aux produits des activités principales dès leur réception et sont désormais présentés à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Autres revenus

Les autres revenus sont constatés à titre de produits lorsque les services ont été rendus, que le montant est déterminé ou déterminable et que le recouvrement est raisonnablement assuré.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

• Aménagements des terrains	10 à 20 ans
• Bâtiments	20 à 50 ans
• Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
• Matériels et équipements	3 à 15 ans
• Équipements spécialisés	12 à 25 ans
• Matériel roulant	5 ans
• Développement informatique	5 ans
• Réseau de télécommunication	10 ans
• Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et les services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite (article 269.1 de la loi). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du Ministère.

Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds d'immobilisations. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Activités complémentaires

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'Agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes parapublics, etc.

Activités de type commercial

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Note 4 – Emprunt bancaire

Au 31 mars 2010, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisée d'un montant maximal de 71 041 880 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, soit 0,734 % garanti par le ministère de la Santé et des Services Sociaux, dont 60 207 783 $ du crédit autorisé ne sont pas utilisés au 31 mars 2010. La convention de crédit est renégociable le 30 septembre 2010.

Note 5 – Dette à long terme

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées et est payable à Financement-Québec et à la Corporation d'hébergement du Québec.

	2010	2009
• Marge de crédit d'un montant autorisé de 53 000 000 $, portant intérêt aux taux des acceptations bancaires plus 0,30 % et venant à échéance le 21 mars 2023.	1 404 224 $	692 790 $
• Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt variant entre 3,54 % et 7,97 % est payable semestriellement.	40 969 211 $	44 313 572 $
	42 373 435 $	**45 006 362 $**
• Tranche échéant à moins d'un an.	5 659 711 $	11 837 737 $
	36 713 724 $	**33 168 625 $**

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2011	5 659 711 $
2012	7 520 474 $
2013	3 416 116 $
2014	14 809 917 $
2015	2 122 428 $
	33 528 646 $

Note 6 – Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics, au Régime de retraite des fonctionnaires ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement. Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Note 7 – Engagements

L'Agence s'est engagée, en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 décembre 2015, pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de dix ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2010 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 648 518 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2011	592 748 $
2012	590 951 $
2013	590 951 $
2014	590 951 $
2015	165 722 $
2016 et subséquentes	95 299 $
	2 626 622 $

Note 8 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 9 – Éventualités

L'Agence fait l'objet de poursuites pour un montant d'environ 4 029 000 $ pour des réclamations de dommages et intérêts. La direction est d'avis que ces poursuites sont non fondées et, par conséquent, aucune provision n'a été comptabilisée aux livres à cet égard. De plus, un montant de 3 200 000 $ est couvert par les assurances.

Note 10 – Chiffres de l'exercice précédent

Certaines données correspondantes fournies pour l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.

4.2 Allocations des ressources financières aux établissements[4]

Budget net de fonctionnement des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent

Établissements publics	2008-2009	2009-2010
CSSS de Kamouraska	32 108 175 $	33 684 236 $
CSSS de Rivière-du-Loup	74 117 309 $	76 360 711 $
CSSS de Témiscouata	27 734 956 $	29 667 268 $
CSSS des Basques	12 591 245 $	12 915 772 $
CSSS de Rimouski-Neigette	129 818 812 $	136 836 313 $
CSSS de La Mitis	35 291 835 $	37 184 334 $
CSSS de La Matapédia	28 820 333 $	30 913 415 $
CSSS de Matane	36 100 516 $	37 831 482 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	25 956 574 $	27 452 837
CRDI du Bas-Saint-Laurent	25 510 676 $	27 161 015
TOTAL	**428 050 431 $**	**450 007 383 $**

Surplus ou déficits de l'année de chacun des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent

Établissements publics	2008-2009	2009-2010
CSSS de Kamouraska	0 $	0 $
CSSS de Rivière-du-Loup	139 339 $	2 010 $
CSSS de Témiscouata	86 569 $	0 $
CSSS des Basques	(46 631) $	0 $
CSSS de Rimouski-Neigette	222 317 $	15 807 $
CSSS de La Mitis	630 676 $	651 549 $
CSSS de La Matapédia	53 685 $	97 569 $
CSSS de Matane	(131 122) $	(430 882) $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	162 883 $	478 044 $
CRDI du Bas-Saint-Laurent	14 653 $	171 684 $
TOTAL	**1 132 369 $**	**985 781 $**

[4] Les données qui suivent n'ont pas fait l'objet d'une vérification par le vérificateur externe.

Autorisations d'emprunts accordées aux établissements publics

a) Nombre d'autorisations temporaires émises en 2009-2010 : 9

b) Montants totaux au 31 mars 2010 pour chacun des types et des catégories :

		Autorisé	Réel
Type	• Fonctionnement (autorisé par le MSSS)	**4 276 427 $**	**395 $**
Catégorie	• Équilibre budgétaire	4 025 000$	395 $
	• Traitement différé	251 427 $	0 $
	• Revenus tierce responsabilité	0 $	0 $
Type	• Immobilisations (autorisé par l'Agence et le MSSS)	**2 416 964 $**	**930 298 $**
Catégorie	• Projets autofinancés	0 $	0 $
	• Projets autofinancés – Économie d'énergie	2 302 726 $	816 060 $
	• Projets financés par les activités accessoires	114 238 $	114 238 $

c) Pourcentage du montant total des autorisations d'emprunts par rapport au total des budgets bruts au 31 mars 2010

- Dépenses courantes de fonctionnement : 0,87 %
- Dépenses en immobilisations : 0,49 %

d) Depuis le 1er avril 2000, avec l'application du projet de loi nº 107, c'est le MSSS qui a la responsabilité d'émettre des autorisations d'emprunts de types fonctionnement et transformation après recommandation de l'Agence. L'Agence conserve cependant la responsabilité des emprunts de type immobilisations.

La limite régionale au-delà de laquelle l'Agence doit obtenir une dérogation du MSSS avant l'émission d'une nouvelle autorisation d'emprunt pour des dépenses d'immobilisations est de 2 568 000 $.

Objectifs de retour à l'équilibre budgétaire pour les établissements publics

Depuis quelques années, l'Agence et les établissements de la région se sont entendus pour faire en sorte que ces derniers présentent une situation financière en équilibre ou respectent la cible maximale qui leur était autorisée à la fin de chaque année. L'atteinte de cet objectif a nécessité un suivi très serré de la situation financière par chacun des établissements de même que, dans certains cas, un soutien et un accompagnement personnalisés offerts par l'Agence. Cette priorité a fait en sorte que tous les établissements de la région ont atteint l'équilibre budgétaire ou respecté la cible déficitaire maximale autorisée pour l'exercice financier 2009-2010.

Selon la cible déficitaire maximale annuelle autorisée par le Ministère, la somme globale de déficit annuel d'exploitation des établissements publics du territoire ne devait pas excéder 962 257 $ en 2009-2010. Le montant réel du surplus global régional s'établit à 985 781 $. Par ailleurs, pour l'exercice financier 2009-2010, seul le CSSS de Matane a présenté un déficit d'exploitation de 430 882 $. Par ailleurs, le retour à l'équilibre budgétaire pour cet établissement est prévu dès l'année financière 2010-2011 à la suite de l'implantation des mesures d'optimisation.

4.3 Allocations financières versées aux organismes communautaires/enveloppe régionale de crédits

Organismes de promotion et de services

ORGANISMES	Enveloppe 2008-2009	Enveloppe 2009-2010
MRC DE KAMOURASKA		
Unité Domrémy de Ville St-Pascal Inc.	10 673 $	10 822 $
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances	300 543 $	316 735 $
Maison de la famille du Kamouraska	12 981 $	13 163 $
L'Ass. des pers. handicapées du Kamouraska Est Inc.	40 793 $	41 364 $
Association pocatoise des personnes handicapées Inc.	40 793 $	41 364 $
Centre d'action bénévole Cormoran Inc.	7 116 $	7 216 $
Arc-en-ciel du cœur	30 000 $	30 420 $
Moisson Kamouraska	68 589 $	69 234 $
Tandem-Jeunesse	259 596 $	263 230 $
Centre-femmes, La Passerelle du Kamouraska	174 240 $	176 146 $
Carrefour des jeunes de La Pocatière	79 520 $	80 672 $
Quartier-jeunesse 1995	79 519 $	80 671 $
Association Kamouraskoise en santé mentale La Traversée	98 616 $	124 997 $
Centre d'action bénévole Cormoran Inc.	130 075 $	131 896 $
Services Kam-Aide inc.	150 694 $	165 815 $
Total Kamouraska	**1 483 748 $**	**1 553 745 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2008-2009	Enveloppe 2009-2010
MRC DE RIVIÈRE-DU-LOUP		
Les Grands Amis du KRTB	30 000 $	30 420 $
Ass. québécoise de la dysphasie, région du Bas St-Laurent	16 909 $	20 072 $
Association Multi-défis	58 445 $	59 263 $
Centre vacances et apprentissage Loisirs de Saint-Cyprien	15 000 $	15 000 $
Centre d'action bénévole des Seigneuries Inc.	10 079 $	10 220 $
Association des stomisés du Grand-Portage	10 000 $	10 140 $
Les Diabétiques amis du K.R.T.B.	15 124 $	17 990 $
Carrefour d'Initiatives populaires de R.D.L.	60 147 $	61 028 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	84 983 $	116 768 $
Centre-femmes du Grand-Portage	177 841 $	182 647 $
Trajectoires hommes du KRTB	163 395 $	144 983 $
Centre-jeunes de Cacouna	35 982 $	26 408 $
La Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	73 739 $	74 810 $
Corporation du comité jeunesse 1997	35 497 $	36 243 $
La Maison des jeunes de St-Épiphane	65 732 $	66 779 $
Justice alternative du KRTB Inc.	145 215 $	147 248 $
ROCASM du Bas du Fleuve	13 232 $	13 042 $
Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	113 174 $	114 758 $
Centre prévention suicide du KRTB	167 399 $	167 852 $
La Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	328 361 $	332 958 $
Centre d'action bénévole des Seigneuries Inc.	317 747 $	332 788 $
Comité d'accompagnement La Source Inc.	30 000 $	30 420 $
Total Rivière-du-Loup	**1 968 001 $**	**2 011 837 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2008-2009	Enveloppe 2009-2010
MRC DE TÉMISCOUATA		
Unité Domrémy de Rivière-Bleue inc.	10 673 $	10 822 $
Maison de la famille du Témiscouata	12 763 $	12 942 $
Centre d'action bénévole région Témis inc.	9 486 $	9 619 $
Cuisines Collectives de Cabano	25 127 $	23 107 $
Cuisines collectives de Dégelis	46 895 $	47 569 $
Cuisines collectives du Haut-Pays	34 932 $	33 747 $
Serv. de dépannage alimentaire du Témiscouata	15 556 $	14 782 $
L'Autre-Toit du KRTB	609 452 $	619 204 $
Ass. de pers. handicapées Entre-Amis du Témiscouata	57 588 $	58 394 $
Le Centre de femmes du Ô-Pays	170 403 $	172 789 $
Centre de femmes du Témiscouata	170 402 $	172 788 $
Maison des jeunes « La Piôle »	23 148 $	23 721 $
Maison des jeunes « le coin de Dégelis »	57 411 $	58 341 $
Maison des jeunes Pirana	34 060 $	34 724 $
Maison Entre-Deux de Cabano	34 060 $	34 724 $
Place des jeunes de Squatec	39 370 $	40 108 $
Source d'espoir du Témis. Inc.	105 938 $	107 421 $
Centre d'action bénévole région Témis inc.	306 936 $	316 175 $
Comptoir de linge À la boutonnière	9 135 $	0 $
Total Témiscouata	**1 773 335 $**	**1 790 977 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2008-2009	Enveloppe 2009-2010
MRC DES BASQUES		
Ressources familles des Basques	4 989 $	5 077 $
Ass. de personnes handicapées l'Éveil des Basques Inc.	59 233 $	60 062 $
Centre d'action bénévole des Basques Inc.	9 486 $	9 619 $
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	171 363 $	173 269 $
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	78 077 $	79 209 $
Périscope des Basques	77 129 $	78 209 $
Centre d'action bénévole des Basques Inc.	59 714 $	60 550 $
Logis-Aide des Basques	81 753 $	84 290 $
Total Les Basques	**541 744 $**	**550 285 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2008-2009	Enveloppe 2009-2010
MRC DE RIMOUSKI-NEIGETTE		
Aux Trois Mâts	48 213 $	48 888 $
Arrimage, Centre de réhabilitation alcoolisme et toxicomanie	266 539 $	280 197 $
Les Grands amis de Rimouski	38 846 $	39 390 $
Maison des familles de Rimouski-Neigette	10 569 $	10 756 $
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	59 294 $	60 124 $
Ass. autisme et autres TED Est-du-Québec	70 949 $	71 942 $
Ass. des pers. handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	72 319 $	88 331 $
Association de la déficience intellectuelle (Rég. Rimouski)	32 000 $	30 820 $
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	66 622 $	107 555 $
Regroupement des dynamiques de Rimouski	12 000 $	19 899 $
Ressource d'aide aux pers. hand. du Bas-St-Laurent/Gaspésie	20 000 $	25 140 $
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	36 716 $	42 230 $
Centre d'action bénévole rég. Rimouski	20 159 $	20 441 $
Association du cancer de l'Est du Québec	180 215 $	369 805 $
Centre périnatal Entre Deux Vagues	135 090 $	194 456 $

ORGANISMES	Enveloppe 2008-2009	Enveloppe 2009-2010
Diabète Bas St-Laurent inc.	33 343 $	33 810 $
M.A.I.N.S. Bas-St-Laurent	125 269 $	142 131 $
Moisson Rimouski-Neigette Inc.	64 924 $	65 567 $
Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	327 729 $	332 317 $
Le Répit du passant	292 769 $	250 000 $
La Débrouille	651 016 $	660 130 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	244 556 $	246 840 $
La Maison des femmes de la région de Rimouski	170 495 $	172 882$
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	133 395 $	153 753 $
La Maison des jeunes de Pointe-au-Père	42 724 $	43 449 $
Maison des jeunes de Rimouski	101 148 $	102 119 $
La Maison des jeunes du Bic	73 739 $	74 810 $
Fonds jeunesse B.B.R. Inc.	186 627 $	189 240 $
Mouvement action communautaire Bas St-Laurent	101 906 $	103 333 $
Ass. can. pour la santé mentale, filiale du Bas du Fleuve	156 632 $	169 213 $
Centre de prévention suicide et intervention de crise du BSL	754 087 $	802 436 $
La Lueur de l'Espoir du Bas Saint-Laurent inc.	144 634 $	141 386 $
P.L.A.I.D.D du Bas-du-Fleuve	85 784 $	85 600 $
Centre d'action bénévole rég. Rimouski	169 824 $	172 202 $
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	20 000 $	20 280 $
Popote le gourmet roulant Inc.	7 116 $	13 000$
Coup de main à domicile de Rimouski	172 383 $	193 322 $
Total Rimouski-Neigette	**5 129 631 $**	**5 577 794 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2008-2009	Enveloppe 2009-2010
MRC DE LA MITIS		
Unité Domrémy de Luceville	1 778 $	1 803 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	23 716 $	24 048 $
Unité Domrémy de Saint-Gabriel – relais communautaire	11 861 $	12 027 $
Pivot-Famille Mitis	12 464 $	12 638 $
Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons Inc.	55 765 $	56 546 $
La Maison des tournesols	13 639 $	13 830 $
Répit–Loisirs Autonomie	15 000 $	15 000 $
Centre d'action bénévole de la Mitis	135 302 $	173 196 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	43 866 $	50 524 $
La Maison de l'Espoir de Mont-Joli Inc.	242 769 $	250 000 $
Centre Femmes de la Mitis	178 800 $	172 786 $
La Maison des jeunes de Mont-Joli Inc.	104 863 $	105 886 $
Point service St-Gabriel (Jeunes Mt-Joli)	67 268 $	68 210$
La Maison des tournesols	96 961 $	98 318 $
Les Bourgeons de la Mitis	143 432 $	153 208 $
Femmes en éveil de Price	14 479 $	0 $
Total La Mitis	**1 161 963 $**	**1 208 020 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2008-2009	Enveloppe 2009-2010
MRC DE LA MATAPÉDIA		
Unité Domrémy de Causapscal	8 301 $	8 417 $
Centre Éclosion inc.	10 000 $	10 140 $
Grands amis de la Vallée	25 000 $	25 350 $
Les Amirams de la Vallée inc.	56 270 $	57 058 $
Centre d'action bénévole de la Vallée de la Matapédia	25 398 $	25 754 $

ORGANISMES	Enveloppe 2008-2009	Enveloppe 2009-2010
Moisson Vallée Matapédia	71 632 $	66 307 $
Centre de femmes de la Vallée de la Matapédia Inc.	172 800 $	172 786 $
La Jeunathèque d'Amqui inc.	95 650 $	96 544 $
La Maison des jeunes de Causapscal	65 732 $	66 779 $
La Maison des jeunes de Sayabec	73 739 $	74 810 $
La Maison des jeunes de Val-Brillant	28 347 $	43 913 $
Rayon de partage en santé mentale	98 350 $	99 727 $
Centre d'action bénévole de la Vallée de la Matapédia	95 472 $	96 809 $
Aide-Maison Vallée de la Matapédia	132 637 $	134 416 $
Total La Matapédia	**959 328 $**	**978 810 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2008-2009	Enveloppe 2009-2010
MRC DE MATANE		
Centre régional A.D.H. « Le Tremplin »	252 989 $	271 670 $
Les Grands amis de la région de Matane	30 000 $	30 420 $
L'Association des handicapés gaspésiens	55 606 $	56 384 $
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	19 677 $	19 952 $
La Cuisine collective de la région de Matane	42 196 $	42 818 $
La Gigogne Inc.	629 129 $	637 332 $
Regroupement des femmes de la région de Matane	170 400 $	172 786 $
Maison des jeunes de Matane	101 148 $	102 119 $
La Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	42 723 $	43 448 $
Centre alt. en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	103 476 $	104 925 $
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	99 934 $	101 333 $
Relais Santé (Matane)	50 000 $	50 700 $
Société Alzheimer du Bas-St-Laurent	118 590 $	120 250 $
Les Services à domicile de la région de Matane	174 669 $	182 569 $
Total Matane	**1 890 537 $**	**1 936 706 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2008-2009	Enveloppe 2009-2010
MRC Autres		
Maison L'Odyssée pour joueurs compulsifs	3 500 $	10 500 $
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	45 000 $	48 172 $
Total MRC autres	**48 500 $**	**58 672 $**
Grand total programme de soutien aux organismes communautaires	**14 956 787 $**	**15 666 846 $**
Organismes subventionnés*	**147**	**145**

* Il peut arriver qu'on dénombre plus d'une fois un même organisme si celui-ci reçoit des subventions pour différents programmes et inclut les entreprises d'économie sociale, des organismes rattachés à un autre ministère et des organismes hors région.

Les subventions listées ci-dessus proviennent de diverses enveloppes.

ENVELOPPES	2008-2009	2009-2010
Programme de soutien aux organismes communautaires SOC	12 134 848 $	12 594 461 $
Aide à la vie domestique	1 215 830 $	1 293 780 $
Stimulation précoce et Politique Santé Bien-Être	38 208 $	38 743 $
Soutien à la concertation régionale	88 760 $	105 213 $
Per diem pour les organismes d'hébergement	0 $	0 $
Autres allocations récurrentes	478 346 $	526 812 $
Autres allocations non récurrentes	1 000 795 $	1 107 837 $
	14 956 787 $	**15 666 846 $**

Annexe I

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Adopté par le conseil d'administration le 10 décembre 2008

Préambule

La gestion d'un organisme public représente un contrat social qui impose un lien de confiance particulier entre ce dernier et les citoyens. C'est dans ce contexte et conformément à Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30), le Code civil ainsi qu'en lien avec les dispositions législatives de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2, ci-après nommée la LSSSS) et les pratiques et normes de gestion qui en découlent que les membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ci-après l'Agence) adoptent le présent code d'éthique et de déontologie.

Objet

Ce code énonce les principales lignes directrices d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs sont soumis, prévoit des règles relatives à la déclaration des intérêts des administrateurs, identifie les situations de conflit d'intérêts et précise les devoirs et obligations des administrateurs pendant et après leur mandat.

Devoirs et obligations

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.

2. Le membre du conseil d'administration doit respecter les obligations que la loi, l'acte constitutif et les règlements lui imposent (article 321 du Code civil du Québec).

3. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites du pouvoir qui lui est conféré, avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population que dessert l'Agence (article 406 de la LSSSS et article 322 du Code civil du Québec).

4. Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour accomplir ses fonctions, doit assister aux réunions du conseil et participer activement, dans un esprit de concertation, à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Agence.

5. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec intégrité, honneur, dignité et probité.

7. Le membre du conseil d'administration ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi des autres membres du conseil d'administration ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.

8. La conduite d'un membre du conseil d'administration doit viser l'objectivité et être empreinte de modération.

9. Le membre du conseil d'administration doit préserver, le cas échéant, la confidentialité des débats, échanges et discussions.

10. Le membre doit respecter les opinions émises par les autres membres dans le cadre du déroulement des séances.

11. Le membre doit respecter la confidentialité des échanges effectués lors des séances du conseil d'administration.

12. Le membre doit avoir un sens profond de la solidarité. Il peut s'abstenir de voter, voire même enregistrer sa dissidence sur toute décision à être prise par le conseil d'administration, mais par la suite, il doit se faire un devoir et une obligation de tenir en public des propos conformes avec les décisions prises par le conseil d'administration.

13. Le membre doit considérer que la documentation écrite qui lui est remise est pour son usage personnel dans l'exécution de ses fonctions de membre et qu'il ne lui appartient pas d'en faire la diffusion.

14. Le membre doit assumer son rôle dans le respect de la hiérarchie interne du conseil d'administration et de l'Agence. À cet effet, le membre :

    14.1. Doit éviter de discuter de problèmes de gestion interne avec une ou des personnes employées par l'Agence, en demandant que tels problèmes soient soumis au supérieur immédiat de la ou des personnes concernées;

    14.2. Doit refuser de participer à toute réunion informelle avec un ou plusieurs membres du conseil d'administration pour discuter d'un ou plusieurs sujets en recommandant que le tout soit discuté lors d'une séance dûment convoquée du conseil d'administration.

15. Le membre doit agir avec soin, prudence, diligence, compétence, honnêteté et loyauté, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, dans l'intérêt de l'Agence ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux de la région et de la population desservie.

16. Le membre doit éviter toute conduite de nature personnelle ou professionnelle qui risquerait de porter atteinte à la crédibilité de son rôle d'administrateur et entacherait ainsi la réputation de l'Agence.

Mesures préventives incluant les règles relatives à la déclaration d'intérêts

17. Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés. Il doit avoir pris connaissance et respecter le présent code d'éthique et de déontologie et doit, à cet effet, signer un engagement personnel contenu à l'Annexe I du présent code.

18. Le membre doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

19. Le membre doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'Agence, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de l'Agence.

20. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'Agence.

21. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence doit, sous peine de déchéance de sa charge, s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue. Il doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au président-directeur général dans les soixante jours suivant son élection ou sa nomination, ou dès que sa situation change.

22. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'Agence.

23. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires. Lors de l'attribution de contrats de service, de travail ou d'approvisionnement, tout membre doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si cela n'est pas inclus dans la déclaration prévue au paragraphe précédent.

Identification de situations de conflits d'intérêts

24. Le membre doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'Agence.

25. Le membre, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer par écrit, au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.

26. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre :

    26.1. Est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il puisse être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil puissent en être défavorablement affectés.

    26.2. N'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel :

        26.2.1. Possède directement ou indirectement des intérêts de nature pécuniaire ou autre dans une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'Agence;

        26.2.2. Accepte un présent ou un avantage quelconque d'une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'Agence;

        26.2.3. Utilise le nom de l'Agence, ses symboles ou emblèmes, de même que son rôle à titre de membre à des fins personnelles;

        26.2.4. Participe à l'embauche ou à la promotion d'un membre de sa famille ou d'autres personnes avec qui il est lié;

        26.2.5. Utilise à des fins personnelles ou au profit d'un tiers une information de nature confidentielle qu'il a acquise dans l'exercice de ses fonctions à titre de membre;

        26.2.6. Aliène, dans le but de s'assurer des considérations présentes ou futures, l'indépendance de son rôle au sein du conseil d'administration.

27. Le membre qui ignorait une situation ou une circonstance spéciale qui aurait normalement exigé de lui une dénonciation de conflit d'intérêts doit dénoncer par écrit immédiatement au président du conseil d'administration ou au président-directeur général cette situation ou cette circonstance spéciale dès qu'elle lui devient connue.

28. Le membre ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou qu'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.

29. Le membre ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.

30. Le membre ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

31. Dès qu'il perd la qualité nécessaire à sa nomination ou à son élection, un membre doit en avertir le président du conseil d'administration.

Pratiques reliées à la rémunération

32. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

33. Le membre du conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens de l'Agence ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions d'administrateur (article 323 du Code civil du Québec).

34. Le membre du conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, de toute personne ou entreprise si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment sont considérés un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

35. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

36. Le membre du conseil ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement (article 400 de la LSSSS).

37. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

Devoirs et obligations de l'après-mandat

38. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, les débats, les échanges et les discussions de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur.

39. Le membre du conseil d'administration doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur ou de nuire aux intérêts de l'Agence.

40. Le membre du conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

Mécanismes d'application du code

41. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévus par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

42. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

43. Le président ou le vice-président désigne des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

44. Le membre qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

45. Les personnes visées à l'article précédent sont choisies à partir d'une liste de noms de personnes préalablement acceptées par le conseil d'administration pour agir à ce titre.

46. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

47. Au terme de leur enquête, les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

48. En tenant compte des informations revues et du rapport d'enquête, le cas échéant, le président ou le vice-président peut fermer le dossier ou constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

49. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires, ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

50. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au présent code, le comité, après avoir entendu l'administrateur concerné ou à l'expiration du délai dont bénéficie l'administrateur visé, recommande aux membres du conseil d'administration l'imposition d'une sanction.

51. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut assister à la réunion.

52. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

53. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions (article 3.0.5, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).

54. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter serment ou de faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'Annexe II du présent code.

Mise en vigueur, accessibilité et publication du code

55. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

56. L'Agence doit publier, dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

57. Le rapport annuel de gestion de l'Agence doit faire état :

    57.1. Du nombre et de la nature des signalements reçus et des cas traités;

    57.2. Des décisions prises ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées, si sanctions:

    57.3. Du nom des personnes concernées pourvu que la situation soit libre de tout litige.

Dispositions diverses

58. Le code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration.

59. Le présent code d'éthique et de déontologie doit être révisé tous les trois ans ou lorsque les circonstances le justifient.

60. Il peut être modifié, abrogé ou remplacé après approbation de la majorité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Annexe II

RAPPORT ANNUEL 2009-2010 ET AVIS DU FORUM DE LA POPULATION

Déposé au conseil d'administration de l'Agence le 16 juin 2010

MOT DU PRÉSIDENT DU FORUM DE LA POPULATION

Mesdames, Messieurs,
membres du conseil d'administration de l'Agence,

J'ai le plaisir, au nom de mes collègues membres du Forum de la population et en mon nom personnel, de vous présenter le rapport annuel 2009-2010 qui relate les activités que nous avons réalisées en cours de la dernière année.

Depuis notre rencontre qui remonte à juin 2009, le Forum de la population s'est réuni à sept reprises. Lors de ces rencontres, nous avons eu l'occasion de nous exprimer sur certains aspects du réseau de la santé et des services sociaux qui méritent des améliorations, tout comme nous avons pu témoigner de bons coups qui s'y vivent.

Par ailleurs, certains d'entre nous ont eu l'occasion de s'impliquer de manière plus étroite dans la production d'avis qui vous ont été déposés en cours d'année ou qui le sont dans le présent rapport.

---

1. RAPPEL DU MANDAT

- Assurer la mise en place des modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
- Formuler des recommandations au conseil d'administration sur les moyens à déployer pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services.

2. COMPOSITION

	MRC	NOM
1	Kamouraska	*Poste vacant*
2	La Matapédia	M. Jean-Yves **Thériault**
3	La Matapédia	M^{me} Françoise **Tremblay**
4	La Mitis	M^{me} Ghislaine **Beaulieu**
5	La Mitis	*Poste vacant*
6	Les Basques	M^{me} Marcelle **Roussel**
7	Les Basques	M. Jacques **Roy**
8	Matane	M^{me} Kathleen **Bouffard**
9	Matane	M. Michel **Côté**
10	Rimouski-Neigette	M^{me} Dorice **Dubé**
11	Rimouski-Neigette	M^{me} Annie **Lachance**
12	Rimouski-Neigette	M. Hugues **Langlois**
13	Rimouski-Neigette	M. Marcel **Lebel, président**
14	Rimouski-Neigette	*Poste vacant*
15	Rivière-du-Loup	M. Guy **Dubé**
16	Rivière-du-Loup	M^{me} Madeleine **Magnan**
17	Rivière-du-Loup	M. Jean-François **Tremblay**
18	Témiscouata	M^{me} Marie-Laure **Bossé**
	Membre délégué par le PDG de l'Agence	M. René Dumont

3. FRÉQUENCE DES RENCONTRES

Au cours de la dernière année financière, les membres du Forum de la population se sont réunis à six reprises, soit les :

- 23 avril 2009
- 17 juin 2009 - Rencontre plénière avec les membres du conseil d'administration
- 9 septembre 2009
- 14 octobre 2009
- 14 janvier 2010
- 11 mars 2010

Également, il y a eu la présentation de l'avis sur le Travail de rue, effectuée par le président du Forum, aux membres du conseil d'administration lors de la réunion du 10 février 2010.

4. COMMENTAIRE GÉNÉRAL SUR L'ANNÉE 2009-2010

Tout comme l'année précédente, la planification des ordres du jour du Forum a accordé une place importante à l'expression des membres sur les bons coups et leurs préoccupations à l'égard du réseau.

Des travaux plus spécifiques ont été réalisés à la demande du conseil d'administration sur :

A. Le travail de rue, qui a fait l'objet du dépôt d'un avis le 10 février 2010. Pour la réalisation de cet avis, un comité de travail composé de trois membres du Forum a été mis à profit.
B. La communication de proximité, qui fait l'objet d'un volet particulier de ce rapport pour lequel, là encore, un comité de travail composé de trois membres du Forum a été constitué.

5. ÉCHANGES TENUS, COMMENTAIRES ET AVIS DU FORUM

Les échanges tenus entre les membres du Forum au cours de la dernière année témoignent de leur perception ou de leur appréciation des services offerts par le réseau. Les sujets qui sont revenus le plus souvent concernaient les services aux jeunes, la vaccination dans le contexte de la pandémie, la charge de travail du personnel du réseau ainsi que différents sujets de préoccupations.

Le tableau suivant reprend ces objets d'échanges et tente d'en dégager des pistes d'action.

Bons coups et préoccupations	Commentaires
Les services aux jeunes où plusieurs préoccupations sont soulevées ayant trait à la consommation de drogue et d'alcool, le tabagisme, les saines habitudes de vie, etc.	Le suivi réalisé par les membres du Forum s'est concrétisé dans la production d'un avis sur le travail de rue qui fait l'objet d'un point spécifique de ce rapport.
La vaccination dans le contexte de la pandémie de grippe A(H1N1)	D'emblée, les commentaires émis à ce sujet font ressortir la qualité de l'information véhiculée et une discrétion planifiée des activités tenues, principalement les cliniques de vaccination, la vaccination en milieu scolaire, etc. Les membres ont par ailleurs fait ressortir la qualité des communications réalisées dans ce contexte.
La charge de travail du personnel du réseau	Ce sujet a été abordé à quelques reprises et les membres se sont notamment questionnés sur la pénurie de personnel dans le réseau régional. Afin d'informer le Forum à ce sujet, une rencontre a eu lieu avec le directeur des ressources humaines de l'Agence le 11 mars 2010.
Les interrelations entre le monde de la santé et le milieu municipal	La préoccupation soulevée par les membres du Forum à ce sujet concerne les rencontres entre l'Agence, les CSSS et les MRC, sujet qui revient plus loin dans ce rapport.
Le dossier de santé électronique	À ce sujet, les membres indiquent que ce dossier semble cheminer lentement et la mise en place d'un tel outil pourrait améliorer la qualité des services et éviter les erreurs (erreur de référence, déplacement inutile, coûts de déplacement).

6. PARTICIPATION AUX RENCONTRES ENTRE L'AGENCE, LES CSSS ET LE CONSEIL DES MAIRES DES MRC

Cette année, compte tenu du contexte de la pandémie de grippe A(H1N1), une seule rencontre, dans la MRC de La Matapédia, a pu avoir lieu, à laquelle trois membres du Forum de la population ont eu l'occasion de participer.

Pour les membres présents, cette rencontre a été particulièrement intéressante et elle témoigne de l'à-propos de tenir de telles activités. À ce niveau, les membres du Forum tiennent à réaffirmer l'importance qu'ils accordent à ce type d'activités ainsi que leur préoccupation à savoir que tous les territoires soient visés par ces rencontres et qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'un processus permanent.

7. TRAVAUX ET AVIS RÉALISÉS

A. Activité de communication : vaccination avant la pandémie

Cette activité s'est tenue le 9 septembre 2009 et visait à examiner le matériel promotionnel proposé pour la campagne de vaccination contre l'influenza saisonnière (à noter qu'à cette date, la deuxième vague de pandémie de grippe A(H1N1) n'était pas commencée). À ce moment, les membres du Forum ont pris connaissance du contenu d'une affiche et d'un dépliant visant à informer la population des activités prévues. Divers commentaires et suggestions ont alors été émis visant à bonifier le contenu. Malheureusement, ce matériel n'a pas pu être utilisé, la pandémie ayant nécessité le recours à d'autres outils.

B. Avis sur le travail de rue (présenté au conseil d'administration le 10 février 2010)

Avis sur le travail de rue dans le Bas-Saint-Laurent

PRÉAMBULE

Lors de leur rencontre régulière du 14 octobre 2009, les membres du Forum ont reçu de M. Claude Lévesque, président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, le mandat de réaliser un avis sur le travail rue dans le Bas-Saint-Laurent.

Le présent avis représente le résultat des travaux réalisés par le Forum. Le document est structuré de la manière suivante :

- La synthèse du projet de travail de rue dans le Bas-Saint-Laurent;
- Le rappel du mandat confié aux membres du Forum;
- La présentation des démarches effectuées;
- Les observations des membres du Forum sur le travail de rue;
- L'avis aux membres du conseil d'administration de l'Agence.

1. SYNTHÈSE DU PROJET DE TRAVAIL DE RUE DANS LE BAS-SAINT-LAURENT

Une équipe de seize travailleurs de rue s'est déployée dans les huit MRC du Bas-Saint-Laurent grâce à la participation financière de plusieurs partenaires, dont l'Agence du Bas-Saint-Laurent. Cette initiative de la Commission jeunesse du Bas-Saint-Laurent répond à un besoin prioritaire identifié par les tables de partenaires intersectoriels qui œuvrent auprès des jeunes, connues sous l'appellation *Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé* (COSMOSS).

Afin d'actualiser ce projet, une entente avec différents partenaires de la région (ex. : municipal, scolaire, santé et emploi) visant à expérimenter le travail de rue dans les conditions optimales de pratique dans les 8 MRC du Bas-Saint-Laurent fut signée en mars 2008. Entre le début du projet en juin 2008 et le 30 septembre 2009 (période couverte par le rapport d'évaluation), les travailleurs de rue ont effectué plus de 16 000 interventions auprès de quelque 33 000 jeunes.

2. RAPPEL DU MANDAT CONFIÉ AUX MEMBRES DU FORUM

L'intervention auprès des jeunes en général et le projet de travail de rue en particulier ont retenu l'attention des membres du Forum de la population au cours des derniers mois. Cela s'est notamment traduit par une période d'échanges à la réunion du 14 octobre lors de laquelle M. Claude Lévesque a expliqué que l'entente de partenariat permettant la réalisation de ce projet viendrait à terme en septembre 2010 et que la question de son renouvellement devrait être abordée au cours des prochains mois avec les partenaires concernés. Ainsi, devant l'intérêt manifesté par les membres du Forum, M. Lévesque mandatait ces derniers pour déposer au conseil d'administration de l'Agence un avis quant à la pertinence de ce projet et aux conditions de sa poursuite.

3. PRÉSENTATION DES DÉMARCHES EFFECTUÉES

Afin de réaliser cet avis, trois membres du Forum ont accepté de faire partie d'un comité de travail, appuyés par M^{me} Marie-Josée Pineault, membre du personnel de l'Agence.

Pour s'acquitter de leur mandat, les trois membres du comité issus du Forum ont rencontré différents partenaires de leur milieu ainsi que les travailleurs de rue rattachés à leur territoire de MRC.

Ils ont par ailleurs pris connaissance du *Rapport d'activités - Entente de partenariat visant le déploiement des services en travail de rue du Bas-Saint-Laurent*, pour la période d'octobre 2008 à juillet 2009.

Cette démarche a permis aux membres du Forum de prendre connaissance des activités terrain réalisées et de mesurer la perception de certains acteurs du milieu relativement à ce projet. De même, la prise de contact avec les particularités du travail de rue dans le contexte de la région du Bas-Saint-Laurent a permis au comité de travail de tirer certaines observations relativement à l'importance de ce projet ainsi qu'aux conditions de sa poursuite.

4. OBSERVATIONS DES MEMBRES DU FORUM SUR LE TRAVAIL DE RUE

Les membres sont unanimes pour affirmer que le travailleur de rue fait un travail que nul autre n'exécute à des moments, à des endroits et auprès de personnes que le système ne rejoint pas ou très peu, et souvent alors que le problème s'est aggravé.

Le travailleur de rue est un intervenant de première ligne; il est en « complémentarité » dans le système de santé et des services sociaux. Ils sont surtout présents dans les pôles attractifs : les maisons de jeunes, les arénas, les bars, les parcs, etc. Ils se présentent aux différents rassemblements : « party », bal de finissants, fête de la Saint-Jean ou autres événements culturels, sociaux ou communautaires qui rejoignent les jeunes. Ils sont les bienvenus dans les écoles secondaires ou à l'éducation des adultes.

Aucune autre personne n'est aussi présente et disponible auprès des jeunes. Ils sont ceux qui ont l'approche la plus « collée » aux besoins du client. Ils vont où d'autres ne peuvent aller. Ils ont un langage proche de celui des jeunes, compréhensible pour eux; ils ne sont pas menaçants, ni moralisateurs. Leurs devoirs et leur travail sont d'amener les jeunes à se responsabiliser et à être, à l'occasion, un filet de sécurité. Ils interviennent souvent dans des endroits assez marginaux et à des heures encore plus inhabituelles : soir, nuit, fin de semaine.

Le travailleur de rue devient une figure significative. Il peut établir un climat de confiance. Il est celui qui peut le mieux rejoindre le jeune là où il est et à des moments cruciaux, sans juger... Il n'est pas là pour dénoncer, mais il est une présence qui peut devenir apaisante et rassurante. Il détecte les problématiques, les comportements de violence et peut souvent prévenir et aplanir les risques de comportements déviants. Le jeune le perçoit comme une présence bienveillante et non menaçante.

En résumé, l'intervention des travailleurs de rue s'articule autour de :

- L'intervention préventive à plusieurs niveaux.
- L'influence qu'ils ont sur les jeunes.
- L'accès à une information juste aux jeunes dans le contexte où avec *Internet*, les jeunes n'ont pas toujours la bonne information.
- La facilité de contact où les jeunes entrent plus facilement en relation avec les travailleurs de rue qu'avec les intervenants du CLSC ou autres.

- L'orientation des jeunes en les informant où aller chercher de l'aide, de l'information sur différents sujets les préoccupant.
- La distance qu'ils maintiennent en éloignant les personnes non désirables (ex. vendeur de drogue, etc.).
- La sensibilisation qu'ils effectuent quelquefois auprès des vendeurs de drogue ou autre.
- L'appui qu'ils représentent pour venir en aide aux jeunes lors de drames (ex. décès d'un jeune lors d'une bataille à la polyvalente de Trois-Pistoles, décès d'un jeune lors d'un accident à Saint-Hubert, etc.).

Au fil de leurs interventions, les travailleurs de rue ont créé des liens avec les jeunes au cours des dernières années. La récolte de ce travail commence à se faire sentir. L'arrêt du service ferait en sorte que les jeunes seraient livrés à nouveau à eux-mêmes. Comme les jeunes ne connaissent pas ou très peu les services disponibles, les travailleurs de rue restent l'alternative disponible pour eux et en qui ils peuvent avoir confiance.

Par ailleurs, de l'avis des membres du Forum de la population, ce qui fait la différence dans la présente expérimentation du travail de rue dans la région, c'est l'implication de partenaires de différents milieux et de différents organismes au sein de l'entente de partenariat qui le soutient et qui favorise une offre de service dans chacune des MRC de la région.

5. AVIS AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

CONSIDÉRANT que l'entente de partenariat intervenue entre différents partenaires a permis d'expérimenter une offre de service de travail de rue de qualité dans chacun des milieux;

CONSIDÉRANT que sans ladite entente, le projet n'aurait pas pu voir le jour;

CONSIDÉRANT que de l'avis des membres du Forum, l'intervention des travailleurs de rue a un impact direct auprès des municipalités, des intervenants scolaires et des autres partenaires impliqués dans le projet, notamment en raison de la nature de l'accompagnement offert et de la disponibilité des travailleurs de rue dans les lieux formels ou informels que fréquentent les jeunes;

CONSIDÉRANT la nécessité de maintenir le projet de travail de rue et de l'ancrer dans la réalité de chacun des milieux;

CONSIDÉRANT que pour les membres du Forum, la meilleure manière de favoriser la poursuite de ce projet et de réaliser cet ancrage consiste à maintenir l'implication concrète des partenaires des différents milieux;

CONSIDÉRANT la nécessité de maintenir une structure de coordination régionale et locale pour le projet ainsi que les activités de formation;

CONSIDÉRANT la nécessité de maintenir différentes sources de financement de ce projet pour en assurer la pérennité;

Les membres du Forum de la population formulent à l'Agence un avis confirmant la nécessité de maintenir l'offre de service des travailleurs de rue, assortie de mesures de coordination régionale et locale. De ce fait, les membres du Forum demandent à l'Agence de maintenir la poursuite de son soutien technique et financier au projet de travailleurs de rue tout en rendant ce soutien conditionnel au renouvellement de l'entente de partenariat et à la participation financière des différents partenaires qui ont permis la réalisation de cette entente au cours des deux dernières années.

C. Rapport d'étape sur la communication de proximité

Étant donné l'importance accordée au concept de communication de proximité par les membres du conseil d'administration et du Forum de la population, un mandat a été confié à ce dernier pour produire un avis qui permettrait la réalisation d'activités basées sur cette approche.

Le comité de travail s'est réuni à deux reprises. Au cours de ces rencontres, il a cerné le mandat et dégagé une compréhension commune des mots « information », « communication » et « proximité » sous un angle à la fois général et précis. Également, quelques constats ont pu émerger :

- L'objectif à atteindre est d'assurer une accessibilité d'information qui permettra d'améliorer certaines conditions de vie des citoyens en tenant compte de leur situation.
- Les données de proximité doivent trouver leur cheminement vers le citoyen d'un territoire relativement homogène (MRC).
- L'information à partager doit tenir compte de sa nature et de son objectif, de la clientèle cible et des moyens à utiliser. La proximité peut être un seul citoyen pour une fin d'enseignement individualisé ou un ensemble d'individus pour une information de sensibilisation (prévention), d'une connaissance particulière (obtention d'un service).

À partir de ces travaux préliminaires, les membres du comité de travail ont ainsi reformulé le mandat qui leur a été confié : effectuer une réflexion sur l'information de proximité visant à définir une compréhension des attentes à ce sujet et à dégager des pistes d'action qui seront proposées au conseil d'administration de l'Agence.

Ce mandat, les membres du comité l'abordent en tentant de répondre aux deux questions suivantes :

- Quelle information la population désire-t-elle obtenir du réseau et quels sont les meilleurs véhicules à utiliser pour la transmettre et pour s'assurer que son contenu soit adapté au public visé?
- Quels sont les moyens à déployer pour diffuser cette information le plus près possible des milieux de vie des citoyens?

À partir de ces prémisses, le comité poursuivra son mandat en proposant notamment des lignes directrices, des outils de travail et des hypothèses de projets.

D. Avis sur le projet de planification stratégique 2010-2015 de l'Agence

Planification stratégique 2010-2015 Pour un meilleur état de santé et de bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent

CONTEXTE DE L'AVIS

Dans le cadre des travaux de l'Agence sur la planification stratégique régionale en santé et services sociaux, les membres du Forum de la population ont reçu, en avril 2010, un projet de document élaboré aux fins de consultation.

Le 6 mai, lors de leur rencontre régulière, les membres du Forum ont partagé leurs préoccupations par rapport aux enjeux et orientations proposés et ils ont formulé différents commentaires et recommandations.

À partir de ces travaux, un projet d'avis a été élaboré et validé par les membres du Forum. C'est avec plaisir aujourd'hui que nous partageons le contenu de ces travaux avec les membres du conseil d'administration de l'Agence.

ANALYSE RÉALISÉE PAR LES MEMBRES DU FORUM

À partir d'un exercice préalable d'identification de priorités réalisé par quelques membres et complété lors de leur rencontre du 6 mai, il y a eu une discussion sur les enjeux ou orientations qui sont apparus prioritaires pour les participants. Le tableau suivant résume ces échanges.

Enjeu ou orientation	Commentaires
Page 9 du document	Placer la puce : • l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en premier et débuter par : participe à l'amélioration de l'état.
ENJEU 1 L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être ***Orientation 1*** Consolider l'action sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être	Les participants tiennent à affirmer l'importance qu'ils **accordent à la prévention** et à l'action sur les déterminants de la santé. En ce qui concerne les actions auprès des jeunes, les membres du Forum souhaitent que la dimension culturelle présente dans les différents territoires de la région soit prise en considération de même qu'une attention particulière soit portée au développement physique particulièrement chez les jeunes enfants, ceci afin de dépister des problématiques physiques pouvant influencer son développement futur. Dans le cadre du développement de communautés en santé, **optimiser les mécanismes de concertation** et développer des actions de continuité des services visant à **promouvoir et soutenir le vieillissement actif** des aînés, basé sur des principes découlant de l'initiative COSMOSS.
ENJEU 2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services ***Orientation 4*** Assurer la continuité des services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer ***Orientation 5*** Assurer la continuité des services aux jeunes en difficulté ***Orientation 6*** Assurer la continuité des services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou aux prises avec une dépendance ***Orientation 7*** Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Au niveau de l'orientation 4, c'est toute la question de **l'approche interdisciplinaire** que les participants ont tenu à affirmer et à souligner de ce fait l'à propos du recours au pharmacien dans la communauté et au travail concerté des différents professionnels. L'importance accordée à la continuité des services aux jeunes, de même qu'aux personnes présentant un problème de santé mentale ou de dépendance est également soulignée comme très importante. C'est cependant l'orientation 7 qui a fait l'objet du plus grand nombre de commentaires. À ce niveau, les membres du Forum tiennent à sensibiliser l'Agence à l'importance de **l'action concertée auprès des aînés**, qui de leur avis n'est pas suffisamment affirmée dans cette orientation. Également, sous l'angle du soutien aux proches aidants, les membres du Forum tiennent à demander à l'Agence d'aller plus loin que la collaboration à la mise en place de mesures et recommandent que l'objectif à ce niveau soit reformulé ainsi :

Enjeu ou orientation	Commentaires
Orientation 8 Améliorer l'accessibilité et la qualité des services de soutien à domicile et offrir des milieux de vie diversifiés et adaptés aux besoins des clientèles ayant des besoins spécifiques	***Déployer et intensifier, dans une démarche partenariale, la mise en place de mesures intersectorielles soutenant les proches aidants.*** Pour cet objectif, l'indicateur devrait être bonifié ainsi : *Nombre de **mesures de répit et d'heures** mises en place à la suite des interventions réalisées en partenariat intersectoriel.* Une autre préoccupation avancée concerne l'hébergement d'adultes présentant une perte d'autonomie liée à une maladie dégénérative, à un accident ou autre et qui ne peuvent plus demeurer à domicile. À ce sujet, sans prétendre être en mesure d'identifier le type de ressources requises, les membres du Forum souhaitent que des mesures adaptées d'hébergement soient rendues accessibles à ces personnes. Pour cette orientation, les membres s'attendent à ce que tant le processus d'affectation à un milieu de vie substitut que les attitudes et comportements des intervenants soient **teintés de dignité.** De plus, le Forum invite l'Agence à signifier au MSSS d'ajouter, dans les plus brefs délais, au panier de services prévus au PEFSAD, les services de gardiennage pour les enfants et les services de présence et de surveillance pour les adultes. Cette observation s'inscrit dans une mesure de soutien à l'orientation 7.
ENJEU 3 Un délai raisonnable pour l'accès aux services	À ce niveau, les membres du Forum tiennent à faire ressortir leur préoccupation relative aux délais pour l'accès aux services. De ce fait, même si des délais sont identifiés à la suite de la recommandation de cliniciens, si l'on se place du côté de la personne en attente, le délai est toujours trop long. À ce sujet, l'attente formulée est à l'effet de tout mettre en œuvre pour intervenir en deçà des délais identifiés et d'augmenter ainsi l'accessibilité aux services.
ENJEU 5 La mise en réseau des services de santé et des services sociaux ***Orientation 16*** Consolider la mise en place des RLS	Dès les consultations sur la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) en 2005, les membres du Forum avaient affirmé leur adhésion au principe des RLS. Ils expriment aujourd'hui leurs attentes à l'effet d'accélérer, voire assurer la mise en place de véritables réseaux locaux de services sous le « leadership » des centres de santé et des services sociaux (CSSS). Il est de ce fait attendu des CSSS qu'ils exercent leur « leadership » de manière proactive, qu'ils accélèrent notamment la réalisation des rencontres entre le réseau municipal et celui de la santé et des services sociaux, que ces rencontres s'inscrivent dans une stratégie annuelle d'ensemble afin de concrétiser la mise en place de liens structurels permanents pendant la planification 2010-2015. Cette approche serait une assise d'une plus grande solidarité sociétale. Il est par ailleurs attendu que cet exercice soit étendu à d'autres réseaux présents dans les milieux afin d'actualiser la notion de RLS.

Enjeu ou orientation	Commentaires
ENJEU 7 L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines ***Orientation 18*** Mettre en place les conditions nécessaires à la disponibilité d'une main-d'oeuvre qualifiée répondant aux besoins de la population de la région ***Orientation 19*** Offrir des conditions de travail et de pratique attrayantes et valorisantes	Ce qui retient l'attention ici concerne le climat de travail que les membres du Forum considèrent comme un élément essentiel au recrutement et à la disponibilité d'une main-d'œuvre motivée garante du maintien de l'offre de service à la population. Parmi les attentes formulées, on fait notamment référence à l'amélioration de la situation par la réduction du **nombre de postes à statut précaire** ainsi que par des mesures spécifiques visant à améliorer le climat de travail et la mobilisation du personnel.
ENJEU 8 Le développement des systèmes d'information en appui à l'offre de service ***Orientation 20*** Assurer l'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques	Dès les consultations de 2005, les membres du Forum ont donné leur appui à l'informatisation du dossier médical. Les avancées réalisées dans le Bas-Saint-Laurent à ce niveau et les travaux provinciaux en lien avec le Dossier de santé du Québec (DSQ) amènent les membres du Forum à réaffirmer leurs attentes voulant que le développement du système d'information clinique soit accéléré et résolument orienté vers la mise à la disponibilité des équipes d'intervenants des systèmes intégrés facilitant la circulation de l'information. De manière particulière, il est attendu que cette information peut aller au-delà des frontières des établissements et des RLS afin de permettre le partage de l'information utile à la prise de décision et au traitement, peu importe où cette information se situe. Il est par ailleurs attendu que les systèmes qui seront mis en place puissent permettre à la population d'accéder à de l'information qui lui donne l'occasion de jouer un rôle actif dans le traitement de sa maladie ou de ses problématiques, mais également que de l'information à visée préventive lui soit facilement accessible.

COMMENTAIRE GÉNÉRAL ET AVIS DES MEMBRES DU FORUM

D'emblée, les membres du Forum ont tenu à faire part de leur appréciation relativement à la facture générale du document, à la manière dont les différents sujets sont abordés et à la clarté de son contenu.

Les commentaires qui ont été formulés se situent dans la continuité de ce qui est proposé et visent à bonifier les différents sujets abordés. En ce sens, les membres du Forum accordent leur appui au projet de planification stratégique qui leur a été présenté. Toutefois, certains contenus contiennent des éléments qui demandent à être parfois plus affirmés.

CONSIDÉRANT que la vision proposée pour les prochaines années par l'Agence donne un sens constructif aux actions à mener dans la région;

CONSIDÉRANT que le projet de planification proposé par l'Agence situe les grands enjeux régionaux et qu'il propose des orientations et des objectifs qui permettent de donner une conception d'ensemble des défis du réseau pour les prochaines années;

CONSIDÉRANT que les membres du Forum ont analysé le projet de planification et qu'ils ont émis certains commentaires et suggestions susceptibles de le bonifier;

CONSIDÉRANT que les commentaires ainsi formulés font partie intégrante du présent avis;

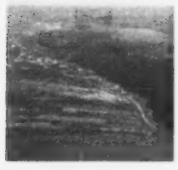
Les membres du Forum de la population formulent un avis à l'Agence confirmant leur appui général au projet de planification stratégique proposé pour 2010-2015 tout en demandant à l'Agence d'examiner avec attention les commentaires formulés et de les prendre en considération dans la version définitive du document à être déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux, tout en ajustant les indicateurs et les cibles pertinents.

8. CONCLUSION

L'année 2009-2010 s'est déroulée dans le même état d'esprit que celui de l'année précédente, soit celui de citoyens convaincus que leurs observations sont de nature à bonifier quelques programmes offerts à leurs concitoyens. Elles viennent ainsi confirmer qu'une démocratie participative a toujours une place signifiante dans une société.

En terminant, les membres ne peuvent passer sous silence l'apport constant de collaborateurs de l'Agence. Ils veulent souligner la qualité des travaux de madame Huguette Pelletier de même que l'accompagnement professionnel de monsieur René Dumont. Ce dernier a manifesté une disponibilité à nos sollicitations et une grande précision dans l'élaboration de documents de travail. Nous accompagnons ces propos de notre reconnaissance de même qu'à monsieur Claude Lévesque, président-directeur général. Ce dernier nous a bien présenté certains dossiers ; nous nous devons de souligner son implication positive dans la qualité de l'information qu'il a fournie aux membres du Forum. Concernant la grippe A(H1N1), ces derniers réitèrent leur haut niveau de satisfaction dans la prise en charge et la réalisation de cette dernière activité dans notre région.

Soyez assurés que nous avons travaillé dans un esprit constructif et que le rapport qui vous est livré aujourd'hui illustre ce que la participation d'un groupe de citoyens comme le nôtre peut apporter comme contribution au réseau de la santé.



Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec